

META 4 – MAPEAMENTO E VALIDAÇÃO DO ESCOPO DAS PRÁTICAS ESPECIALIZADAS NAS ÁREAS DE OFTALMOLOGIA E ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RELATÓRIO FINAL DE CAMPO

Janeiro, 2017



Universidade
Federal de
Minas Gerais



NESCON
Núcleo de Estudos em Saúde e Consumo



Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Faculdade de Medicina - FM
Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON
Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ
Instituto de Medicina Social – IMS
Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Estação de Trabalho do IMS

**CONSTRUÇÃO DE UMA REDE COLABORATIVA PARA PRODUÇÃO DE
SUBSÍDIOS PARA FORMAÇÃO E ALOCAÇÃO DE ESPECIALISTAS NO
BRASIL**

**Relatório final dos produtos relativos à Meta 4: Mapeamento e
validação do escopo das práticas especializadas nas áreas de
Oftalmologia e Ortopedia e Traumatologia**

Relatório Final de Campo

Belo Horizonte e Rio de Janeiro
09 de janeiro de 2017

Coordenadores:

Célia Regina Pierantoni – Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Sabado Nicolau Girardi – Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Equipe - EPSM/NESCON/UFMG

Ana Carolina Maciel de Assis Chagas
Ana Cristina de Sousa van Stralen
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Gustavo Pinto da Matta Machado
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Juliano de Carvalho Fonseca
Julimar Santos Pinto
Laura Lúcia Rodrigues Wong
Lucas Wan Der Maas
Moisés Humberto Sandoval González
Renata Bernardes David
Thaís Viana Lauer

Equipe de estagiários

Arlem Gonçalves Braz
Daniel de Souza Marcolino
Fernanda Anastacia dos Santos
Henrique Campos Araújo Klein
Isabele Fernanda Prado dos Reis
Lilian de Carvalho Costa
Lucas Martins de Lima
Marcos Vinícius Silva
Marina Rodrigues Madeira
Priscilla Daniele Figueiredo da Silva
Poliana Dutra da Silva
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Suelen Martins
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

Equipe – IMS/UERJ

Carinne Magnago
Mariana Lopes
Rômulo Gonçalves de Miranda
Swheelen de Paula Vieira
Tânia França

Sumário

APRESENTAÇÃO	6
1. METODOLOGIA	7
1.1 Desenho do Estudo	7
1.2 Seleção dos entrevistados	8
1.3 Instrumentos	9
1.4 Caracterização do cenário de campo	11
2. CAMPO-PILOTO: PETROLINA (PE) E JUAZEIRO (BA)	12
2.1. Cenário do estudo	12
Petrolina (PE)	14
Juazeiro (BA)	18
2.2 Resultados das entrevistas	21
Cenário das entrevistas com os especialistas	21
Ortopedistas	23
Oftalmologistas	28
Médico da APS	33
Gestores de UBS	35
3. RESULTADO CAMPO – ENTORNO DE MANAUS (AM)	38
3.1. Cenário do estudo	38
Manaus (AM)	40
3.2. Resultados das entrevistas	43
Cenário das entrevistas com os especialistas	44
Aspectos da Atenção Especializada e arranjos de trabalho	47
Ortopedistas	55
Oftalmologistas	60
Médicos de UBS	69
Gestores de UBS	71
4. RESULTADO CAMPO – BAIXADA CUIABANA	73
4.1. Cenário do estudo	73
Cuiabá (MT)	75
Várzea Grande (MT)	79
4.2. Resultados das entrevistas	81
Cenário das entrevistas com os especialistas	81
Aspectos sobre a Atenção Especializada e arranjos de trabalho	84
Ortopedistas	89
Oftalmologistas	97
Médicos da APS	110
Gestores UBS	112
5. RESULTADO CAMPO – COSTA DOCE (RS)	116
5.1. Cenário do estudo	116
Guaíba (RS)	118
Camaquã (RS)	120

5.2 Resultados das entrevistas	122
Cenário das entrevistas com os especialistas.....	123
Aspectos sobre a Atenção Especializada e arranjos de trabalho	124
Ortopedistas	127
Oftalmologistas.....	133
Médicos da APS	139
Gestores UBS	141
CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
Arranjos de prática	148
Entrevistas com ortopedistas	149
Entrevistas com oftalmologistas	150
Entrevistas com médicos da APS.....	152
Entrevistas com gestores de UBS	152
Apêndice A – INSTRUMENTOS (ROTEIROS E QUESTIONÁRIOS)	154
A1 – Roteiros	155
A2 – Questionário Ortopedistas.....	156
A3 – Questionário Oftalmologistas	160
Apêndice B – MERCADO FORMAL – RAIS	165
B1 – Regiões de Petrolina e Juazeiro (PEBA)	166
B2 – Petrolina (PE).....	167
B3 – Juazeiro (BA).....	168
B4 – Região Entorno de Manaus (AM)	169
B5 – Manaus (AM)	171
B6 – Baixada Cuiabana (MT).....	173
B7 – Cuiabá (MT)	175
B8 – Várzea Grande (MT)	177
B9 – Região de Costa Doce (RS).....	179
B10 – Guaíba (RS)	182
B11 – Camaquã (RS)	183

APRESENTAÇÃO

Este capítulo apresenta os resultados relativos aos trabalhos de campo propostos na Meta 4 – “Mapeamento e validação do Escopo das Práticas Especializadas” da pesquisa “Construção de uma Rede Colaborativa para produção de subsídios para formação e alocação de especialistas no Brasil”, realizada pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Por meio desses resultados, pretende-se estudar a determinação regional do escopo de prática das especialidades médicas e o impacto no dimensionamento de especialistas e na formação de médicos especialistas. Ressalta-se que o objetivo geral deste estudo é o de desenvolver métodos e padrões para contribuir para formulação de subsídios para formação e alocação de especialistas no Brasil, o qual será aplicado inicialmente para as especialidades Oftalmologia e Ortopedia e Traumatologia, mas que servirá como base para aplicação de outras especialidades em projetos futuros.

Foram realizadas quatro pesquisas de campo, a primeira tratou-se de um campo piloto, realizado nas regiões de saúde Petrolina (PE) e Juazeiro (BA); a segunda na região do Entorno de Manaus (AM); a terceira na região da Baixada Cuiabana (MT) e a quarta na região Costa Doce (RS).

O presente relatório contempla as metodologias para determinação dos cenários dos campos, a descrição dos mesmos e as análises das entrevistas realizadas médicos ortopedistas traumatologistas e oftalmologistas, gestores responsáveis pela atenção especializada e representantes de cooperativas e sociedades médicas, além de médicos e médicos e gestores da atenção primária em saúde.

1. METODOLOGIA

1.1 Desenho do Estudo

O estudo contemplou gestores municipais e estaduais responsáveis pela atenção especializada; representantes de Sindicatos, Sociedades e Cooperativas médicas; médicos da Atenção Primária em Saúde (APS) e médicos especialistas em oftalmologia e ortopedia e traumatologia, que atuam em Regiões de Saúde, constituídas nos estados brasileiros, conforme o Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011, para fins de planejamento, pactuação e gestão intergovernamental do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas regiões foram previamente caracterizadas segundo seus perfis socioeconômicos, de oferta e complexidade de serviços de saúde, conforme descrito em Nota Técnica 01/2015 publicada no website da pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”¹. Os critérios socioeconômicos incluíram a renda domiciliar e PIB per capita, porcentagem de pessoas de 10+ anos com pelo menos o ensino fundamental, e também com pelo menos o ensino médio, e a densidade populacional. Já os critérios de oferta e complexidade dos serviços de saúde incluíram número de leitos e de médicos por mil habitantes, porcentagem de beneficiários de plano de saúde e porcentagem de internações de alta complexidade no SUS no total de internações. As regiões foram classificadas em cinco grupos, a saber:

Grupo 1: baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços

Grupo 2: médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços

Grupo 3: médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços

Grupo 4: alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços

Grupo 5: alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços

Para seleção de regiões a serem incluídas, foram observadas a classificação e a sua distribuição nas macrorregiões brasileiras – Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. As regiões de Juazeiro/BA (Grupo 1/Nordeste), Petrolina/PE (Grupo 2/Nordeste), Entorno de Manaus/AM (Grupo 4/Norte) e Baixada Cuiabana (Grupo 4/Centro-Oeste).

¹ A pesquisa tem como objetivo principal avaliar os processos de organização, coordenação e gestão envolvidos na conformação de regiões e redes de atenção à saúde, e seu impacto para melhoria do acesso, efetividade e eficiência das ações e serviços no SUS. Mais informações da pesquisa podem ser obtidas em: <http://www.resbr.net.br/>.

1.2. Seleção dos entrevistados

A seleção dos médicos entrevistados foi intencional e realizada por meio de uma lista construída a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de junho de 2015. O CNES é um cadastro gerido pelo Ministério da Saúde que abrange estabelecimentos de saúde do Brasil, sejam eles públicos ou privados. Seu objetivo geral é coletar informações sobre infraestrutura, recursos humanos, equipamentos e tipos de serviços. No que se refere aos recursos humanos em saúde, é possível identificar a ocupação, o tipo de vínculo e a carga horária. Dentre as limitações deste cadastro, podem ser citadas a não obrigatoriedade de cadastro de estabelecimentos que não prestam serviços ao SUS e a não abrangência de serviços de saúde prestados em outros tipos de estabelecimentos, que não de saúde.

Para a realização deste estudo foram utilizadas as seguintes variáveis do CNES:

- Tipo de estabelecimento: Identifica o tipo de estabelecimento de acordo com a natureza da atividade realizada.
- Tipo de vínculo: Tipo vínculo do trabalhador com o estabelecimento de saúde, isto é, de que forma é regida a vinculação com o estabelecimento para o desempenho da função contratada.

A seleção dos entrevistados por meio do CNES foi estratificada segundo o tipo de estabelecimento e tipo de vínculo, conforme os critérios a seguir:

- Foram selecionados médicos que atuavam na Atenção Primária em Saúde em unidades urbanas e rurais, incluindo médicos participantes do Programa Mais Médicos (PMM) e do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). Em cada unidade selecionada foi entrevistado também o gestor da unidade.
- Quanto aos especialistas, para o campo-piloto na região de Petrolina e Juazeiro foram selecionados aqueles especialistas com maior número de vínculos registrados e que atuavam em mais de um município, região ou estado. Nas demais regiões estudadas, foram selecionados profissionais em cada um dos seguintes cenários de prática: (i) consultório isolado; (ii) unidade especializada pública; (iii) unidade especializada privadas com ou sem vínculo SUS; (iv) hospitais públicos; (v) hospitais privados com ou sem vínculo SUS. Além disso, como realizado no campo-piloto, deu-se preferência a indivíduos com maior número de vínculos registrados e que atuavam em mais de um município, região ou estado.

Os agendamentos foram realizados via telefone e via e-mail com os atores selecionados, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Aqueles cujo contato não foi efetivado até o período de campo, foram visitados durante horário comercial ou substituídos por outros profissionais, enquadrados no mesmo critério de elegibilidade. As entrevistas foram realizadas nos estabelecimentos que correspondiam ao cenário de prática do indivíduo.

Após o campo-piloto, foi verificada a demanda em estudar os arranjos das especialidades médicas para as regiões visitadas. Com este objetivo, para os demais campos foram incluídas entrevistas com gestores municipais e estaduais responsáveis pela atenção especializada, representantes de sociedades e cooperativas médicas, realizadas de acordo com a disponibilidade e existência desses órgãos nas regiões. Os agendamentos com estes atores também foram realizados previamente via telefone e via e-mail.

1.3 Instrumentos

Foram elaborados roteiros a serem aplicados em entrevistas com gestores responsáveis pela atenção especializada, com representantes das sociedades médicas e com os responsáveis por cooperativas médicas. Durante as entrevistas, buscou-se investigar se existia escassez de profissionais das especialidades estudadas, como é garantida a cobertura dessas especialidades em áreas remotas e rurais, como os especialistas são contratados e se existe dificuldade de contratação, quais os principais fatores de atração e fixação dos médicos, quais atividades poderiam ser realizadas na APS visando melhorar o acesso a serviços especializados e também a resolutividade dos cuidados prestados; e, por fim, se existem inovações relacionadas às atividades clínicas dos médicos especialistas.

Para as entrevistas com os representantes das sociedades médicas, foram ainda investigadas questões relacionadas à formação de especialistas, e aos principais tipos de arranjo de trabalho. Já para os representantes de cooperativas foram incluídas perguntas específicas relativas ao número de cooperados; à existência e a relação dos cooperados e da própria cooperativa com outras cooperativas médicas e também não médicas; aos tipos de arranjo, organização e remuneração do trabalho dentro das cooperativas bem como à cobertura profissional da própria organização; quanto à forma e ao pré-requisito

para o ingresso dos médicos nas cooperativas; como se realizava o preenchimento do CNES; e, por fim, questões relacionadas aos tipos de contratos e convênios públicos e/ou privados existentes.

Para investigar o escopo de prática dos médicos especialistas foram elaborados dois questionários semiestruturados, um para ortopedistas e traumatologistas e outro para oftalmologistas. No campo-piloto observou-se que o tempo disponível para resposta era incompatível com a primeira versão dos instrumentos, que incluía um número grande de questões. Dessa forma, para os demais campos foram selecionadas as principais questões para serem aplicadas, tornando os instrumentos mais objetivos e sucintos.

De maneira geral, os questionários dos especialistas avaliaram as seguintes dimensões e temas: (i) características do trabalho: vínculo, carga horária, em quantos locais e municípios trabalham; (ii) escopo de prática geral: principais procedimentos e casos clínicos da prática profissional, fluxo de atendimento; (iii) escopo de prática relacionado à Atenção Primária em Saúde: principais procedimentos e casos clínicos da prática profissional que são recebidos por encaminhamento, referência e contra referência com a APS; (iv) características sociodemográficas: sexo, idade, informações sobre formação e experiência profissional.

Os questionários dos médicos e gestores de UBS foram construídos para a pesquisa “Regulação das Profissões de Saúde”, conduzida pela EPSM/NESCON/FM/UFG, em parceria com a Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), que tem como um de seus objetivos identificar as atribuições, competências e os escopos de práticas dos diferentes profissionais de saúde no âmbito dos serviços que compõem as redes de atenção à saúde. Os cenários de ambas as pesquisas foram os mesmos e ocorreram concomitantemente.

Para o presente estudo foi realizado um recorte das entrevistas com os médicos e gestores de UBS. Com relação aos médicos, as questões analisadas incluíram: a identificação de atividades/procedimentos relacionados às especialidades estudadas que os entrevistados realizavam nas unidades onde atuam; quais atividades geralmente eram encaminhadas aos ortopedistas e oftalmologistas que os entrevistados estariam dispostos a realizar na UBS; e como eles avaliavam acesso/encaminhamento a serviços especializados.

Com relação ao questionário dos gestores, as questões analisadas aqui incluíram: a intensidade que os entrevistados concordam ou não (Escala Likert de 5 pontos) com afirmativas relacionadas à expansão do escopo de prática dos profissionais da atenção primária (as opções de resposta nesta seção foram agrupadas em concordo (concordo e concordo totalmente) e discordo (discordo e discordo totalmente)); quais os casos da oftalmologia e da ortopedia que poderiam ser tratados por médicos na UBS; e quais as vantagens e desvantagens da expansão das atividades de profissionais da APS.

Os instrumentos estão disponíveis no Apêndice A. A análise das entrevistas realizadas durante os campos foi feita por meio de transcrição e interpretação dos conteúdos.

1.4 Caracterização do cenário de campo

A caracterização das regiões de saúde foi realizada a partir de duas bases de dados:

1. A Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE), que se trata de um registro administrativo do MTE, de âmbito nacional e periodicidade anual. É considerado o Censo do mercado formal brasileiro. Os dados são prestados por todos os estabelecimentos empregadores do país que devem declarar os empregos de celetistas (empregados sob o regime da CLT); servidores da Administração Pública; trabalhadores temporários ou com Contrato de Trabalho de Prazo Determinado, de acordo com as legislações específicas dos estados e municípios; entre outros. Neste trabalho serão apresentados o número de estabelecimentos e respectivos estoques de vínculos formais de emprego segundo a classe de atividade econômica e cálculo dos Quocientes Locacionais² (QL).
2. E o CNES, descrito anteriormente, em que serão apresentados o número e vínculos de especialistas segundo as variáveis: número de vínculos, número de indivíduos, razão de vínculos por indivíduo, natureza jurídica do

²O quociente locacional (QL) é um indicador obtido através da relação entre a proporção de estabelecimentos de uma atividade específica sobre o total de estabelecimentos em uma região, e a mesma proporção no país. Valores de QL superiores a 1 indicam que a concentração de estabelecimentos na região é superior à do Brasil, valores inferiores indicam que a concentração é inferior e valores iguais a 1 indicam que a concentração de estabelecimentos é a mesma que a do Brasil. O mesmo se aplica ao número de vínculos de uma ocupação específica.

estabelecimento e tipo de estabelecimentos de saúde. Esta caracterização foi apresentada por medidas de frequência.

A seguir serão apresentados os resultados relativos aos campos realizados, que contemplarão a descrição dos cenários de estudos, seguida pela análise das entrevistas realizadas com médicos ortopedistas/traumatologistas e oftalmologistas, médicos e gestores de UBS, gestores responsáveis pela atenção especializada e representantes de cooperativas e sociedades médicas.

2. CAMPO-PILOTO: PETROLINA (PE) E JUAZEIRO (BA)

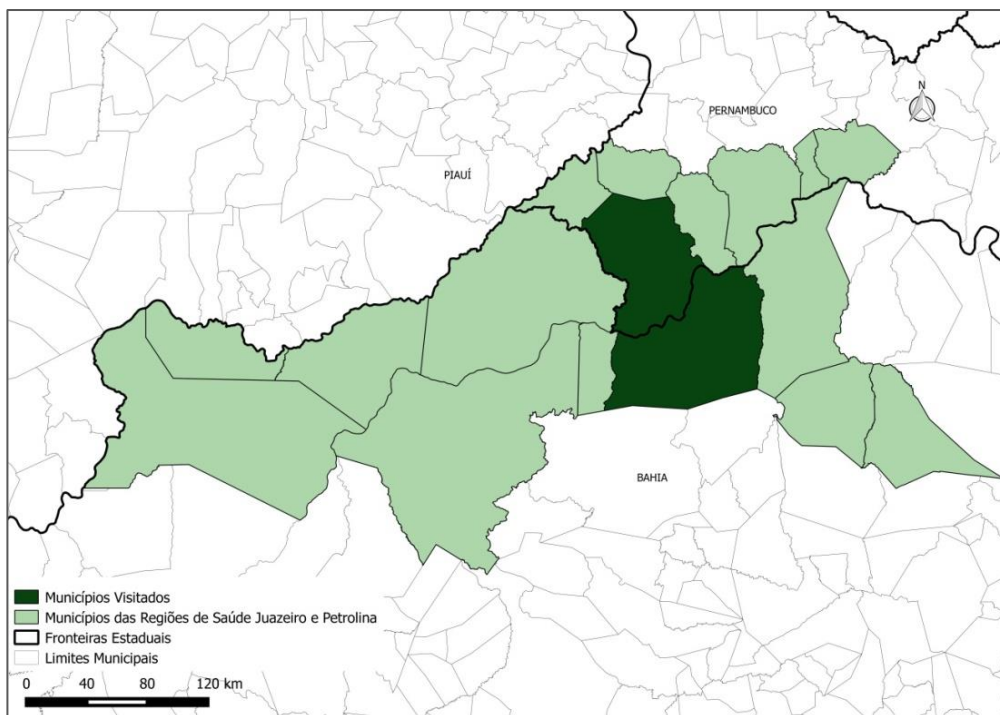
2.1. Cenário do estudo

O campo-piloto foi realizado entre os dias 16 e 20 de Novembro de 2015. O cenário de estudo consistiu nas regiões de saúde de Petrolina, em Pernambuco, e Juazeiro, na Bahia, que integram a Rede de Integração de Saúde do Médio São Francisco, conhecida como rede PEBA. A rede PEBA é constituída de 53 municípios, com uma população de aproximadamente 1,8 milhões de habitantes.

A pesquisa contemplou as regiões de saúde de Petrolina e Juazeiro. A região de Petrolina possui um total de sete municípios. Além do próprio município de Petrolina, compõem a região os municípios de Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó e Santa Maria da Boa Vista. Já a região de Juazeiro possui um total de 10 municípios. Além de Juazeiro, compõem a região os municípios de Campo Alegre de Lourdes, Canudos, Casa Nova, Curaçá, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho e Uauá (Mapa 1).

Os municípios visitados durante o campo foram as sedes – Petrolina e Juazeiro – pois concentram quase a totalidade dos médicos das especialidades estudadas (Tabela 1). Foi também realizada entrevista com um especialista em Casa Nova.

Mapa 1: Municípios das Regiões de Petrolina e Juazeiro (PEBA) – EPSM, 2015



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2016.

Tabela 1 – Número de vínculos das especialidades Oftalmologia e Ortopedia e Traumatologia – Regiões de Juazeiro e Petrolina, 2015.

Regiões	Municípios	Ortopedia e Traumatologia	Oftalmologia	Total de vínculo de médicos
Bahia	Campo Alegre De Lourdes	-	-	25
	Canudos	-	-	20
	Casa Nova	1	-	51
	Curaçá	-	-	19
	Juazeiro	37	22	641
	Pilão Arcado	-	-	17
	Remanso	1	1	54
	Sento Sé	-	-	20
	Sobradinho	-	-	12
	Uauá	-	-	15
Pernambuco	Afrânio	-	-	27
	Cabrobó	-	-	30
	Dormentes	-	-	22
	Lagoa Grande	-	-	18
	Orocó	-	-	9
	Petrolina	68	69	1.477
	Santa Maria da Boa Vista	-	-	17
TOTAL		107	92	2474

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015

Com relação ao mercado formal, a RAIS/MTE informava a existência de 11.582 estabelecimentos nos 17 municípios que compõem as regiões de saúde de Juazeiro (BA) e Petrolina (PE), com pouco mais de 135 mil vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro de 2014. Aproximadamente 40% desses estabelecimentos eram relacionados ao comércio varejista em geral, que empregavam cerca de 16% dos vínculos. Por outro lado, a Administração Pública em geral (Classe 84.116) representava apenas 0,4% dos estabelecimentos e cerca de 21,6% dos vínculos.

Dentre as classes de atividade econômica do setor saúde, o maior número de estabelecimentos eram de Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305), com 248 estabelecimentos, e o maior número de vínculos estava nas Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101), 1.640 vínculos. Nenhum dos municípios estudados contava com estabelecimentos de Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (CNAE 86.216), de Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (CNAE 86.224) e de Atividades de Apoio à Gestão de Saúde (CNAE 86.607).

A região contava ainda com 303 estabelecimentos de Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717) e 88 estabelecimentos de Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741).

Analisando os Quocientes Locacionais (QL), chama atenção na região o cultivo de uva, com QLs altos tanto para estabelecimentos quanto para vínculos: 130,7 para o primeiro e 299,9 para o segundo, indicando a importância econômica destas atividades para a região (Apêndice B1).

Petrolina (PE)

Petrolina é um município brasileiro do interior do estado de Pernambuco na mesorregião do São Francisco Pernambucano, Região Nordeste do país. Possui uma população estimada de 293.962 habitantes e fica a 712 km da capital estadual, Recife. Originalmente era denominada “Passagem de Juazeiro”, pois era caminho para a cidade vizinha Juazeiro na Bahia, separada pelo Rio São Francisco. A ponte Presidente Dutra, que conecta os dois municípios, possui extensão de 800 metros. Petrolina é apelidada Encruzilhada do Progresso, por ser passagem obrigatória para o norte e via de escoamento para o Centro Sul do País (IBGE, 2015).

De todos os municípios da Rede PEBA, Petrolina é o que apresenta maior quantidade e diversidade de estabelecimentos, e pouco mais de 32% relacionados ao comércio. A principal atividade econômica do município é o ‘cultivo de uva (CNAE 01.326)’, em 2014 eram 442 estabelecimentos da categoria, com um total de 10.003 vínculos formais de emprego, uma média de 22,6 vínculos por estabelecimento. Dentre o setor saúde, destacam-se as Atividades de Atenção Ambulatorial Executada por Médicos e Odontólogos’ (CNAE 86.305) com 175 estabelecimentos. Chama a atenção no município a existência de um estabelecimento de Educação Profissional de Nível Tecnológico (CNAE 85.422)’, com 868 vínculos formais de emprego, e dois estabelecimentos de Educação Superior - Graduação e Pós-Graduação (CNAE 85.325), que juntos somavam 867 vínculos (Apêndice B2).

Em junho de 2015, o município de Petrolina registrava um total de 330 estabelecimentos de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), equivalente a 74,3% do total de estabelecimentos da região de saúde. Destes estabelecimentos, 34,8% são consultórios isolados, 24,5% clínicas especializadas/ambulatório de especialidades e 13,0% Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde/Postos de Saúde (Tabela 2). A região de saúde de Petrolina mantém distribuição semelhante ao município sede, exceto para a porcentagem de Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde/Postos de Saúde, que soma 22,5% do total de estabelecimentos de saúde.

Ao analisarmos a distribuição dos vínculos de especialistas, verificamos que mais da metade dos vínculos de oftalmologistas está localizada em Clínica especializada/Ambulatório de especialidades (52,2%), seguido pelas cooperativas (23,2%) e consultórios isolados (15,9%). Os ortopedistas, além de um número de vínculo significativo em Clínica especializada/Ambulatório de especialidades (30,9%), possui grande parte dos vínculos em hospitais gerais (29,4%), seguido por cooperativas (20,6%) (Tabela 2).

Tabela 2: Estabelecimentos de saúde e vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de estabelecimento em Petrolina, 2015.

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos		Oftalmologistas		Ortopedistas	
	N	%	N	%	N	%
Posto de Saúde	-	-	-	-	-	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	43	13	-	-	-	-
Policlínica	13	3,9	1	1,4	5	7,4
Hospital Geral	6	1,8	2	2,9	20	29,4
Hospital Especializado	2	0,6	-	-	4	5,9
Unidade Mista	-	-	-	-	-	-
Consultório Isolado	115	34,8	11	15,9	4	5,9
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	81	24,5	36	52,2	21	30,9
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	30	9,1	-	-	-	-
Unidade Móvel Terrestre	1	0,3	-	-	-	-
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	7	2,1	-	-	-	-
Farmácia	2	0,6	-	-	-	-
Unidade de Vigilância em Saúde	2	0,6	-	-	-	-
Cooperativa	3	0,9	16	23,2	14	20,6
Hospital-dia (isolado)	2	0,6	3	4,3	-	-
Secretaria de Saúde	2	0,6	-	-	-	-
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematologia	1	0,3	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	3	0,9	-	-	-	-
Centro de Apoio à Saúde da Família	8	2,4	-	-	-	-
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	0	0,0	-	-	-	-
Polo Academia da Saúde	1	0,3	-	-	-	-
Telessaúde	1	0,3	-	-	-	-
Central da regulação medica das urgências	1	0,3	-	-	-	-
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	1	0,3	-	-	-	-
Laboratório de Saúde Pública	1	0,3	-	-	-	-
Central de regulação	3	0,9	-	-	-	-
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	1	0,3	-	-	-	-
Total	330	100	69	100	68	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Petrolina é o município que apresenta também o maior número de vínculos e de indivíduos médicos da região de acordo com dados de junho de 2015, totalizando 1.477 vínculos de médicos e 646 indivíduos. As duas especialidades estudadas possuem dados semelhantes: oftalmologia possui 69 vínculos e 31 indivíduos e a ortopedia 68 vínculos e 32 indivíduos. Portanto, tem-se uma média de mais de dois vínculos por indivíduo, tanto para as duas especialidades estudadas quanto para a totalidade dos médicos registrados no CNES. (Tabelas 3).

Tabela 3: Número de vínculos, indivíduos e razão de vínculos por indivíduo – oftalmologistas, ortopedistas/traumatologistas e totalidade dos médicos registrados no CNES – Petrolina (PE), 2015.

Ocupação	Vínculos	Indivíduos	Razão de vínc./ind
Médicos*	1.477	646	2,29
Oftalmologistas	69	31	2,20
Ortopedistas/traumatologistas	68	32	2,10

* Totalidade dos médicos registrados no CNES.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Em relação ao tipo de vínculo dos especialistas, a maior parte dos oftalmologistas e dos ortopedistas é autônomo. Além do tipo de vínculo de autônomos, destacam-se também os cooperados, representando 17,4% dos vínculos de oftalmologistas e 19,1% dos ortopedistas. (Tabela 4).

Tabela 4: Número de vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas por tipo de vínculo em Petrolina, 2015.

Tipo de vínculo	Oftalmologia		Ortopedia e Traumatologia	
	Vínc.	%	Vínc.	%
Estatutário	1	1,4	9	13,2
Empregado público	-	-	-	-
Celetista	-	-	-	-
Temporário	6	8,7	4	5,9
Autônomo, pessoa física	12	17,4	13	19,1
Autônomo, pessoa jurídica	8	11,6	25	36,8
Cooperado	12	17,4	13	19,1
Bolsista	-	-	-	-
Residente	-	-	-	-
Informal	-	-	1	1,5
Outros, vínculo empregatício sem descrição	14	20,3	1	1,5
Outros, autônomo sem descrição	16	23,2	2	2,9
Total	69	100	68	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Já com relação à natureza jurídica do estabelecimento, observou-se que empresas privadas agregam a maior parte dos especialistas, correspondendo a 71,0% dos vínculos de oftalmologistas e 58,8% dos vínculos de ortopedistas (Tabela 5).

Tabela 5: Número de vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por natureza jurídica em Petrolina, 2015.

Natureza jurídica	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	4	5,8	4	5,9
Administração Indireta - Fundação Pública	-	-	10	14,7
Empresa Privada	49	71,0	40	58,8
Fundação Privada	-	0	-	-
Cooperativa	16	23,2	14	20,6
Serviço Social Autônomo	-	-	-	-
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	-	-	-	-
Total	69	100	68	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Juazeiro (BA)

Juazeiro é um município brasileiro do estado da Bahia, localizado na região sub-média da bacia do Rio São Francisco. É o segundo maior município da região de PEBA. Possui uma população estimada de 218.324 habitantes (IBGE, 2015) e fica situado a 529 km da capital estadual, Salvador.

Em 2014 contava com 3.109 estabelecimentos e mais de 34 mil vínculos formais de emprego. Havia 12 estabelecimentos de ‘atividade de atendimento hospitalar (Classe 86.101)’ que somavam 513 vínculos empregatícios, 48 estabelecimentos de ‘atividades de atenção ambulatorial executada por médicos e odontólogos (Classe 86.305)’ com um total de 95 vínculos, e 17 atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica (Classe 86.402)’, com o total de 201 vínculos.

O comércio varejista respondia por 48% dos estabelecimentos, incluindo 59 farmácias e 31 óticas. A administração pública concentrava 15,9% dos vínculos empregatícios, seguida pelo cultivo de uva, com 8,6% dos vínculos. Os maiores quocientes locais foram observados no cultivo de uva, 229 para estabelecimentos e 61 para vínculos (RAIS, 2014) (Apêndice B3).

Em junho de 2015, o município de Juazeiro possuía 187 estabelecimentos de saúde, o equivalente a 56,2% do total de estabelecimentos da região de saúde. Segundo dados do CNES, 30,5% destes estabelecimentos eram consultórios isolados, 25,7% centro de saúde/unidade básica de saúde e 20,9% clínica especializada/ambatório de especialidades (Tabela 6). A realidade da região de saúde difere da sede, predominando

posto de saúde/centro de saúde/unidade básica de saúde (37,2%), seguido de consultório isolado (18,9%) e clínica especializada/ambulatório de especialidades (13,8%).

Ao analisarmos a distribuição de vínculos de especialistas no município sede, dez vínculos de oftalmologista estão distribuídos em Hospitais Dia, o mesmo número também é observado para Clínica especializada/Ambulatório de especialidade. Já com relação aos vínculos dos ortopedistas, a maioria está em Hospital Especializado (n= 25, 67,6%), seguido por Clínica especializada/Ambulatório de especialidade (n= 8, 21,6%) (Tabela 6).

Tabela 6: Estabelecimentos de saúde e vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de estabelecimento em Juazeiro, 2015.

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos		Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%	N	%
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	48	25,7	-	-	-	-
Policlínica	1	0,5	-	-	1	2,7
Hospital Geral	3	1,6	-	-	3	8,1
Hospital Especializado	3	1,6	-	-	25	67,6
Consultório Isolado	57	30,5	1	4,5	-	-
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	39	20,9	10	45,5	8	21,6
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	17	9,1	1	4,5	-	-
Unidade Móvel Terrestre	1	0,5	-	-	-	-
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	8	4,3	-	-	-	-
Centro de Parto Normal – Isolado	1	0,5	-	-	-	-
Hospital-dia (isolado)	2	1,1	10	45,5	-	-
Central de regulação de serviços de saúde	1	0,5	-	-	-	-
Secretaria de Saúde	2	1,1	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	2	1,1	-	-	-	-
Pronto Atendimento	1	0,5	-	-	-	-
Central da regulação medica das urgências	1	0,5	-	-	-	-
Total	187	100	22	100	37	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, a partir do CNES, Junho 2015

Juazeiro totalizava, na ocasião, 641 vínculos de médicos e 387 indivíduos. Assim como a totalidade dos médicos, a região de Juazeiro possui um número de especialistas menor do que a região de Petrolina, 22 oftalmologistas e 37 ortopedistas. Observa-se também que a razão de vínculos por indivíduos é inferior a de Petrolina, representando 1,7 vínculos por médicos geral, 1,4 vinculo por ortopedista e quase proporcional, 1,1 vínculo por oftalmologista (Tabela 7).

Tabela 7: Número de vínculos, indivíduos e razão de vínculos por indivíduo – oftalmologistas, ortopedistas/traumatologistas e totalidade dos médicos registrados no CNES – Juazeiro (BA), 2015.

Ocupação	Vínculos	Indivíduos	Razão de vínc./ind.
Médicos*	641	387	1,7
Oftalmologistas	22	20	1,1
Ortopedistas/traumatologistas	37	26	1,4

* Totalidade dos médicos registrados no CNES.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Com relação ao tipo de vínculo dos especialistas na região de Juazeiro, a maior parte dos oftalmologistas possui “vínculo empregatício sem descrição” (40,9%), seguido de “contrato temporário” (31,8%) e “autônomo sem descrição” (27,3%). Já para os ortopedistas, há predominância do “contrato temporário” (91,9%) (Tabela 8).

Tabela 8: Número de vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de vínculo em Juazeiro, 2015.

Tipo de vínculo	Oftalmologia		Ortopedia e Traumatologia	
	Vínc.	%	Vínc.	%
Estatutário	-	-	-	-
Empregado público	-	-	1	2,7
Celetista	-	-	-	-
Temporário	7	31,8	34	91,9
Cooperado	-	0	-	-
Bolsista	-	-	-	-
Residente	-	-	-	-
Outros, vínculo empregatício sem descrição	9	40,9	1	2,7
Outros, autônomo sem descrição	6	27,3	1	2,7
Total	22	100	37	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Já com relação à natureza jurídica do estabelecimento, observou-se que empresas privadas agregam a maior parte dos especialistas, equivalente a 81,8% dos oftalmologistas e 75,7% dos ortopedistas (Tabela 9). Uma vez que a concentração dos especialistas está no município sede, os dados para a região de saúde de Juazeiro apresenta resultados semelhantes.

Tabela 9: Número de vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por natureza jurídica em Juazeiro, 2015.

Natureza jurídica	Oftalmologia		Ortopedia e Traumatologia	
	Vínc.	%	Vínc.	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	-	-	1	2,7
Administração Indireta - Organização Social Pública	-	-	-	-
Empresa Privada	18	81,8	28	75,7
Fundação Privada	4	18,2	-	-
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	-	-	8	21,6
Total	22	100	37	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015

2.2 Resultados das entrevistas

Durante o campo das regiões de Petrolina e Juazeiro foram realizadas entrevistas com médicos e gestores da atenção primária em saúde, médicos especialistas ortopedistas/traumatológicas e oftalmologistas (Tabela 10).

Tabela 10: Relação de entrevistados – Regiões Petrolina e Juazeiro, novembro 2015.

Entrevistados	N
Ortopedistas	3
Oftalmologistas	3
Gestor de UBS	5
Médico de UBS	7
Total	18

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2015.

Cenário das entrevistas com os especialistas

Clínica especializada/Ambulatório de especialidade

No presente campo foram visitados dois estabelecimentos caracterizados como “Clínica especializada/Ambulatório de especialidade”. O primeiro é especializado em oftalmologia, está localizado em Juazeiro, é caracterizado como privado, contudo, possui vínculo SUS. No CNES estão registrados quatro oftalmologistas, sendo três vínculos de contrato por prazo determinado e um vínculo “sem tipo”. A carga horária semanal registrada foi predominantemente 30 horas; um dos oftalmologistas está registrado como 40 horas. Neste cenário foi entrevistado um oftalmologista. Além dos

oftalmologistas, a clínica conta com enfermeiros, técnicos de enfermagem e recepcionistas.

O segundo estabelecimento está localizado em Petrolina e possui 12 vínculos de oftalmologistas, sendo três contratos por prazo determinado, três RPA e seis caracterizados como “sem tipo”. Todos possuem carga horária semanal de 20 horas (CNES, 2015). Essa clínica atende exclusivamente a pacientes do SUS, que são encaminhados de unidades básicas de saúde. Nesse cenário foi entrevistado um oftalmologista.

Hospital especializado

O estabelecimento de saúde considerado “Hospital especializado” pelo CNES está localizado em Juazeiro, possui vínculo SUS e oferece tratamento de até alta complexidade em ortopedia e traumatologia. No CNES estão registradas sete especialidades, sendo o corpo clínico composto por 51 médicos, dos quais 25 são ortopedistas. O vínculo predominante é o de contrato por prazo determinado; apenas dois médicos possuem vínculo “sem tipo”. A carga horária semanal de trabalho variou de 2 a 50 horas, predominando vínculos de 24 horas semanais. Nesse estabelecimento foi entrevistado um ortopedista que, em desacordo com os dados do CNES, afirma trabalhar cerca de 70 ou 80 horas semanais naquele local. Além das especialidades médicas, o hospital trabalha com equipe multidisciplinar que, segundo o entrevistado, deve seguir o que o médico indicar.

Policlínica

O estabelecimento caracterizado como “Policlínica” pelo CNES está localizado em Petrolina, atende apenas pacientes do SUS em 13 especialidades e 32 médicos compõem seu corpo clínico. A maior parte dos profissionais é estatutária (23 médicos); nove são contratados por prazo determinado. A carga horária semanal varia de 1 a 30 horas, com predomínio de 20 horas semanais. Nesse local foi entrevistado um ortopedista, sendo que havia mais dois registrados no CNES. Segundo ele, quando não se consegue resolver o caso de um paciente no próprio município, deve-se referenciá-lo para Recife.

Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde

Um estabelecimento caracterizado como “Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde” foi visitado no município de Casa Nova. O local possui 12 vínculos de médicos, entre ortopedista, pediatra, cardiologista, ginecologista e obstetra, clínico e médico da família e comunidade. Seis são bolsistas do Programa Mais Médicos (PMM), cinco são contratados por prazo determinado e um é estatutário. A carga horária semanal de trabalho variou de 4 a 40 horas, sendo a ortopedia e a ginecologia e obstetrícia as especialidades com menor carga horária (CNES, 2015). Um ortopedista foi entrevistado nesse local. Ele afirma que os pacientes atendidos são encaminhados exclusivamente da UBS em questão e, quando necessitam de intervenção cirúrgica, são referenciados para Juazeiro. Quando os procedimentos necessários são eletivos ou mais complexos, são encaminhados direto para Salvador.

Universidade Pública

Um oftalmologista foi entrevistado em uma Universidade Federal localizada em Petrolina, onde possui vínculo como docente na graduação em medicina. Este profissional é também proprietário de uma clínica especializada em oftalmologia, cuja carga horária, segundo o CNES (2015), é de 4 horas semanais. Durante a entrevista com esse profissional não se seguiu o questionário de especialistas, este foi utilizado apenas como roteiro. As perguntas foram direcionadas ao ensino da oftalmologia na graduação em medicina e às atividades passíveis de serem desempenhadas por médicos da APS.

Ortopedistas

Foram entrevistados três ortopedistas respectivamente em Casa Nova, em Petrolina e em Juazeiro. Os três eram sexo masculino e com idade entre 30 e 47 anos. Todos os entrevistados residem em Petrolina (PE). Nenhum dos entrevistados é natural do município onde reside. O ano de graduação em medicina variou entre 1996 e 2009. Com relação ao local de graduação, dois formaram no mesmo município de nascimento e um formou-se em outro município do mesmo estado.

O tempo de atuação nas especialidades pesquisadas variou entre 1 a 11 anos. Dois dos entrevistados possuíam também alguma experiência prévia na Atenção Primária em Saúde (APS). Com relação ao vínculo de trabalho no estabelecimento onde

foi feita a entrevista, um é Autônomos – Pessoa Jurídica, um possui Contrato temporário com a Administração Pública e o outro não respondeu.

Para todos os três entrevistados houve discordância entre o número de vínculos e a carga horária (CH) semanal declarados durante as entrevistas e estes mesmos dados registrados no CNES (Tabela 11).

Tabela 11: Perfil dos ortopedistas entrevistados – Regiões Petrolina e Juazeiro, 2015.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3
Município da entrevista /UF	Casa Nova/BA	Petrolina/PE	Juazeiro/BA
Cenário da entrevista	Policlínica - SUS	Policlínica - SUS	Clínica especializada privada - SUS e não SUS
Vínculo de trabalho	Autônomo-PF	Contrato temporário	Autônomo – PJ
Naturalidade/UF	Recife/PE	Juazeiro do Norte/CE	Valença/BA
Município de residência	Petrolina/PE	Petrolina/PE	Petrolina/PE
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino
Idade	35 anos	30 anos	47 anos
Ano de conclusão da graduação	2009	2009	1996
Município/UF de graduação	Recife/PE	Juazeiro do Norte/CE	Salvador/BA
Tempo de atuação na especialidade	2 anos	1 ano	11 anos
Possui outra especialidade	Não	Não	Não
Tempo de atuação na APS	0,5 anos	2,5 anos	0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2015.

O caso clínico mais frequente na prática clínica dos ortopedistas entrevistados foi, em primeiro lugar, a lombalgia. Dois ortopedistas citaram, ainda, os traumas decorrentes principalmente de acidentes de motocicleta (Ortopedistas 2 e 3), a osteoartrose e as lesões de ombro (Ortopedistas 1 e 2). Os casos citados por apenas um ortopedista foram lesões de menisco (Ortopedista 2), fibromialgia e doenças ocupacionais (Ortopedista 3). Sobre os traumas, um ortopedista relatou que:

[...] Aqui é uma região que tem muita motocicleta e é uma coisa bem interessante, que você não vê em grandes centros. [...] É assustador o número de acidentes. Em primeiro lugar é o acidente de moto, cada vez mais graves. Não é só no centro urbano, o agricultor usa muita moto, substitui o cavalo pela moto. Outra coisa é o hábito de beber. Mistura álcool e moto [...] (Ortopedista 3)

Entre os procedimentos realizados com maior frequência estão a redução e imobilização de fraturas, a sutura e as cirurgias eletivas. O tratamento de dores osteomusculares – incluindo infiltrações articulares – também é comum na prática dessa especialidade.

Os pacientes são atendidos pelo SUS por meio de consultas eletivas, agendada por uma central reguladora. Estes são provenientes do próprio município, de municípios vizinhos e de outros, bem afastados, mas da mesma região. O especialista 3, que foi entrevistado no hospital referência em ortopedia, afirma que também atende à demanda espontânea, mas em menor quantidade, e pacientes que possuem plano de saúde ou em caráter “particular”. “O problema é que não dá conta, ainda, da demanda espontânea dos pacientes da região de Petrolina e Juazeiro”. Para um dos entrevistados:

[...] A ortopedia só funciona bem em grandes centros [...] Para você manter um ortopedista numa cidade menor teria que ser montada toda uma estrutura que, às vezes, não vale a pena para o município. O ortopedista é muito prático. É diferente de pegar um clínico e mantê-lo numa cidade dessas, [onde] ele resolve muitas coisas. O ortopedista precisa de outras coisas [...] de tecnologia, de uma equipe, e por aí vai. Então é difícil [...] (Ortopedista 3).

O encaminhamento dos pacientes que necessitam de tecnologia mais avançada depende do local onde são atendidos e da regional de referência de cada município. O entrevistado 2, que atua na AME Policlínica de Petrolina, encaminha esses casos para Recife. Já o entrevistado 1, encaminha os pacientes de Casa Nova para Juazeiro nos casos relacionados à parte de trauma que não precisam de tecnologia avançada. Cirurgias eletivas (patologia joelho/quadril/ombro) e casos mais complexos são encaminhados para Salvador – pois não existe anesthesiologista nem convênio com o hospital do município de Juazeiro para resolver. Em contraste, o especialista 3, do hospital especializado em Juazeiro, afirma ser ali o final do tratamento. “Chegou aqui não tem mais para onde mandar. Tem que resolver!”

O acompanhamento prolongado daqueles pacientes que têm essa demanda é feito pelos próprios entrevistados – ou por outros ortopedistas que atuam no local. Porém, todos afirmam que o retorno pode demorar anos. Em casos cirúrgicos, o próprio profissional que operou deve fazer o acompanhamento.

O ortopedista 3 atua em hospital e afirma que, quando dá alta hospitalar a um paciente pós-operatório, faz contrarreferência à UBS – com relatório e recomendações. No entanto, não funciona.

[...] O clínico morre de medo do paciente ortopédico [...] Eu pedi para montar um grupo [...] Vou ensinar para eles que fratura não dá medo, que pode pegar, não morde, não vai matar. O pessoal tem medo até de

trocar o curativo. O paciente volta para cá e fala: “Ah, o pessoal lá falou que não podia mexer porque era cirurgia ortopédica”. Isto não é um caso isolado, isto é a maioria [...] (Ortopedista 3)

Entre os casos clínicos mais encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), novamente aparecem principalmente as lombalgias. Também foram mencionados casos de lesão de manguito e menisco (Ortopedista 2), neuropatia diabética – e pacientes diabéticos, em geral – e casos de tuberculose osteoarticular (Ortopedista 3).

Este ortopedista ressaltou que 90% dos problemas encaminhados poderiam ser resolvidos nas UBS, citando que muitos casos são encaminhados por falta de conhecimento dos profissionais da atenção primária, como evidenciado nos trechos abaixo:

[...] Olha os casos que já peguei. [...] Já peguei tuberculose osteoarticular. Paciente que nem sabia que tinha tuberculose. [...] Já peguei leucose em criança, que foi encaminhado como “dor nas juntas”. Eu tenho provas. Dor nas costas, dor lombar: vai par o ortopedista. Era tumor de útero [...]. Não tem noção o quanto o paciente sofre, aí quando você vai ver é uma vizinha com uma artralgia por neuropatia diabética e o clínico não sabe que a diabetes causa neuropatia e que ela vai sentir dor na perninha dela. O clínico encaminha muito diabético. [...] o médico que vai para o programa de saúde da família é o médico ou que está em fim de carreira, ou acabou de formar e vai lá só para ganhar dinheiro e para fazer residência. Este é o perfil do profissional de saúde da família. É fim de carreira, ou acabou de formar e não tem a menor vontade de estar ali (Ortopedista 3)

Os entrevistados evidenciaram que a investigação preliminar na UBS é insuficiente. Enquanto um (Ortopedista 3) relatou que não há investigação preliminar na UBS, nem ao menos para solicitar radiografia, o entrevistado 1 citou que cerca de metade dos casos que ele recebe foram previamente triados. Entretanto cita “Estou aqui há sete meses e tenho a impressão de que eles [médicos da UBS] apenas querem se livrar do paciente”.

O entrevistado 3 tem a mesma opinião. Ele afirmou ter recebido uma criança encaminhada da UBS com relato de que estava mancando:

[...] Aí eu disse: “Espere aí, mãe! Mas ela tem uma perninha maior que a outra”. E ela me respondeu: “Doutor, mas a médica não esperou eu dizer que ela tinha uma perna maior que a outra. Não foi por isso

que levei ela lá [...] Mas agora que eu estou aqui, o que você pode fazer com essa perna dela?” [...] Foi um dos casos mais engraçados que eu já atendi até hoje. Eu ri muito e a mãe do menino ria, também, muito [...] (Ortopedista 3).

A opinião dos ortopedistas sobre os casos que poderiam ser resolvidos da APS variam. O entrevistado 2 acredita que alguns casos de lombalgia poderiam ser resolvidos na UBS, mas o fato de o médico generalista não poder solicitar o exame de ressonância magnética dificulta este tratamento. Já para o entrevistado 1 o que falta é uma comunicação adequada entre a APS e os especialistas, e cita que “Na minha faculdade, onde eu me formei [em Recife] a gente fazia muito isso”, o que poderia auxiliar a melhorar esta comunicação. Já o entrevistado 3 acredita que todos os casos atendidos na APS deveriam ser, no mínimo iniciados:

[...] Na verdade todos davam para pelo menos iniciar. Ou então, o que eu acho que é o correto, é encaminhar para o especialista, pois às vezes o cara não tem uma segurança, digamos assim, para tratar. Mas pelo menos levantar as hipóteses ele teria obrigação de fazer [...] (Ortopedista 3).

Dentre os fatores citados como barreiras para a resolução destes casos na UBS foram citados a ausência de materiais – como talas, órteses e anestesia; infraestrutura inadequada; falta de acesso à tecnologia adequada – como à exames de imagem; e falta de capacitação do médico da UBS.

Quanto à atuação do fisioterapeuta todos os ortopedistas afirmaram que estes profissionais não deveriam conduzir casos clínicos sem avaliação prévia de um clínico geral, nem poderiam indicar órteses, sem avaliação prévia de um ortopedista.

Dois ortopedistas acreditam que alguns casos poderiam ser conduzidos após a avaliação do clínico geral, como dor muscular sem lesão, lombalgia, patologias de ombro (Entrevistados 1 e 2). Segundo o ortopedista 1, se o clínico for experiente pode iniciar um tratamento conservador junto ao fisioterapeuta e, caso não tenha resultado, encaminha ao especialista. Já o entrevistado 3 acredita que o clínico não deve indicar pacientes para o fisioterapeuta e afirmou que “[...] é isto que a minha experiência tem me mostrado. Eu já peguei caso de resultados ruins e quando você vai ver não foi o especialista que indicou e que orientou [...]”. Além disso, ele se mostrou contra a ampliação dos escopo de prática dos fisioterapeutas e demais profissionais da equipe de saúde, como evidenciado no trecho abaixo:

[...] Sou totalmente, 100%, a favor do ato médico. A única coisa que eu quero é que seja institucionalizado a minha profissão, que é a mais antiga de todas, tirando prostituição. Cada macaco no seu galho, cada um no seu cada um, cada qual no seu cada qual, cada qual se respeitando, cada qual se valorizando. O fisioterapeuta deve seguir o que o profissional médico indicar, bem como o enfermeiro e a equipe. Deve funcionar assim como uma equipe, cada um no seu cada um, cada qual no seu cada qual. Com as coisas muito bem estabelecidas, senão não dá certo. Eu acho *besteira*, um *vacilo* muito grande, os profissionais ficarem se degradando por isso e por aquilo, ou atirando pedra no médico. Eu acho uma perda de tempo desnecessária. Cada um no seu cada um, cada qual no seu cada qual, cada qual se respeitando para as coisas funcionarem bem [...] (Ortopedista3).

Oftalmologistas

Foram realizadas entrevistas com dois oftalmologistas em Petrolina e um em Juazeiro. Apenas um era do sexo masculino. A idade dos entrevistados variou entre 32 e 44 anos. Todos os entrevistados residem em Petrolina (PE). Nenhum dos entrevistados é natural do município onde reside. O ano de graduação em medicina variou entre 1993 e 2008. Nenhum dos entrevistados formou-se no mesmo município de nascimento ou de residência (Tabela 12).

Tabela 12: Perfil dos oftalmologistas entrevistados – Regiões Petrolina e Juazeiro, 2015.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3
Município da entrevista /UF	Juazeiro/BA	Petrolina/PE	Petrolina/PE
Cenário da entrevista	Clínica Especializada privada - SUS	Órgão Público (Universidade)	Clínica especializada privada (SUS)
Vínculo de trabalho	Autônomo – PF	Estatutário	Autônomo – PJ
Município de residência	Petrolina/PE	Petrolina/PE	Petrolina/PE
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	39 anos	44 anos	32 anos
Ano de conclusão da graduação	2004	1993	2008
Município/UF de graduação	Curitiba/PR	Recife/PE	Campina Grande/PB
Tempo de atuação na especialidade	8 anos	18 anos	2 anos
Possui outra especialidade	Não	Sim	Não
Tempo de atuação na APS	4 anos	0	2 anos

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2015.

O tempo de atuação nas especialidades pesquisadas variou entre 2 a 18 anos. Dois dos entrevistados possuíam também alguma experiência prévia na Atenção Primária em Saúde (APS). Com relação ao vínculo de trabalho no estabelecimento onde foi feita a entrevista, um é Autônomos – Pessoa Jurídica, um Autônomos – Pessoa Física e um não respondeu. Para todos os três entrevistados houve discordância entre o

número de vínculos e a carga horária (CH) semanal declarados durante as entrevistas e estes mesmos dados registrados no CNES (Tabela 12).

Para os oftalmologistas que atuam em cenários hospitalares, os casos clínicos e agravos de saúde mais frequentes são as cirurgias de catarata e de pterígio. O procedimento que realizam com maior frequência, após triagem de acuidade visual com prescrição de óculos, é a triagem/avaliação de catarata, citada por ambos os entrevistados. Foi citada ainda a triagem de glaucoma.

Com relação à origem dos pacientes do SUS, atendidos pelos especialistas nas unidades pesquisadas, a maioria é proveniente do próprio município e de regiões vizinhas. Alguns, porém, viajam distâncias maiores, chegando a percorrer 400 quilômetros para receberem atendimento, uma vez que os especialistas, nestas regiões, estão apenas no setor privado. Os pacientes são atendidos pelo SUS por meio de consultas eletivas, agendada por uma central reguladora.

Nenhum dos entrevistados participa de mutirões de atendimento na região ou faz atendimento em outros municípios. O médico entrevistado 3 afirma que existe um automóvel do município de Petrolina que viaja para algumas cidades, fazendo este serviço, mas ele não está envolvido no processo.

É interessante observar que durante a realização do campo, estava ocorrendo em Juazeiro um mutirão para procedimentos específicos da oftalmologia (como cirurgia de catarata). No entanto um dos especialistas entrevistados (Oftalmologista 1), que atua pelo SUS no município, queixou-se de não ter sido envolvido na organização ou no próprio mutirão. O mesmo inclusive relata:

[...] Os pacientes que vão para o mutirão, vão precisar de um pós-operatório, aí eles mandam para mim. Então eu não fico sabendo de nada, de qual procedimento ia ser feito, mas agora eu vou ser responsável pelo pós-operatório[...] (Oftalmologista 1).

Os pacientes que necessitam de acompanhamento prolongado são atendidos pelos próprios entrevistados – ou por outros oftalmologistas que atuam no local – mesmo que tenham dificuldade para marcar o retorno.

Entre os casos clínicos mais encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde, além dos já citados anteriormente, um entrevistado afirma que queixas de cefaleia são frequentemente encaminhadas sem triagem prévia.

Porém, ao serem questionados sobre os casos da oftalmologia que poderiam ser resolvidos na UBS, ambos afirmam inicialmente não existir nada possível, pois requerem aparelhagem específica. A oftalmologista 3 afirma que:

[...] A maioria das doenças oftalmológicas dá olho vermelho [...]. O diagnóstico diferencial só pode ser feito com aparelho específico. Se existe essa intenção, tem que se montar uma estrutura para isso [...] (Oftalmologista 3).

A oftalmologista 1 corrobora com esta afirmação:

[...] Da *oftalmo* é mais difícil, pois precisa de aparelho. O glaucoma precisa olhar o fundo do olho, precisa medir a pressão. Realmente isto não pode ser feito na unidade básica [...] (Oftalmologista 1).

Além disso, segundo os oftalmologistas 1 e 3, a UBS não tem acesso à tecnologia adequada. Todos os entrevistados acreditam que o médico da UBS não é capacitado para atender esta especialidade.

Esta argumentação contrasta com o discurso do oftalmologista 2, docente da Universidade do Vale São Francisco (UNIVASF). Ele afirma que nesta universidade a oftalmologia é ensinada em um módulo de cinco semanas, e que o hospital de ensino está em processo de implantação, sem residência de oftalmologia. Entretanto, ele cita que na disciplina de promoção à saúde ocular:

[...] tenta ensinar que eles consigam fazer o diagnóstico e condução de coisas sem o uso das ferramentas da oftalmologia. Eu até brinco, apresento a eles uma lanterna, dois ou três colírios, uma lupa, e uma outra lanterninha com celofane azul que, com isso, talvez, com régua, eles consigam fazer a identificação de muitas patologias, apenas pela inspeção [...] (Oftalmologista 2).

Segundo a entrevistada 1, o médico da UBS nem sempre realiza uma triagem prévia, acreditando que toda queixa deve ser encaminhada à sua especialidade:

[...] dor no joelho: *oftalmo*; sangramento no nariz: *oftalmo*. Então o médico não fez nenhuma avaliação antes. Quer se livrar, manda para o *oftalmo* [...]. Sintomas clássicos de enxaqueca, como dor de cabeça pulsátil, ânsia de vômito, que piora com a claridade, que a pessoa quer ficar deitada. Não precisa ser um *oftalmo* para saber que isto é enxaqueca. Então trata primeiro e, se não melhorar, começa a investigar outra causa. Eles partem do pressuposto que esta consulta é de graça e não custa nada para o paciente. Mas ela custa, custa para todo mundo [...] (Oftalmologista 1).

Segundo o mesmo médico faltam procedimentos de regulação. *“Existem guias que não têm a queixa do paciente ou mesmo o nome do profissional que solicitou. Mas, de alguma forma, o paciente consegue ser encaminhado a um oftalmologista”* (Oftalmologista 1).

A triagem de acuidade visual nas escolas foi citada como um procedimento que poderia auxiliar na diminuição dos encaminhamentos desnecessários:

As professoras fazem as triagens dos alunos para fazer óculos, aí todos falam que querem usar. Aí quando vêm [...] da triagem da escola, vêm todos. Então tem que melhorar a triagem, a educação dessas crianças (Oftalmologista 1).

Para o oftalmologista 3, autorizar a solicitação de exames oftalmológicos por médicos da UBS aumentaria a quantidade de exames desnecessários. Ele afirma que todo exame deve ser solicitado de acordo com uma suspeita diagnóstica e o médico da atenção primária não tem a “visão global da oftalmologia” para tal.

Os oftalmologistas, de forma geral, não gostariam de gastar menos tempo com tarefas clínicas: “O que dificulta mais é o nível de instrução do paciente, de compreender o que você fala [...]. Eu precisava de mais tempo para isto e não para o procedimento” (Oftalmologista 1).

Considerando a relação entre o oftalmologista e o optometrista, o entrevistado 2 ressalta o problema de formação desses profissionais, argumentando que:

[...] a optometria aqui [no Brasil], na realidade, são técnicos de ótica que fazem dois anos de tecnologia e faz mais um ano de optometria e querem, na realidade, dar vazão ao mercado. Só! A formação desses caras é *furada*, o optometrista americano tem cinco anos de formação, o europeu também tem uma formação maior. Então, assim, se essa escola de optometria encarasse as coisas com seriedade, ela ganharia respeito [...] (Oftalmologista 2).

Além disso, ele cita que os optometristas atendem nas periferias, visitando sítios e prescrevendo óculos com uma frequência que não se faz necessária. “Isso *fere* a necessidade, é um comércio”. O mesmo entrevistado relata que muitos pacientes consultam com optometristas por um apelo econômico:

[...] Eu tenho um consultório aqui e um em outra cidade. Na outra cidade eu sistematicamente recebo dois ou três pacientes por semana dizendo que foi consultado por um médico no sítio. [...] Aí eu pergunto: - A senhora tem quantos anos? – Ela diz: 60. - A senhora já viu um médico procurar a senhora em sítio? – Não, nunca vi, mas

apareceram lá oferecendo consulta de graça [...]. Aí eu digo – Olha, me reflita uma coisa, quem é a culpada nessa história? – Ela disse – É, fui eu mesma [...](Oftalmologista 2).

Programa Saúde sem Fronteiras

Durante a realização do campo ocorreu um mutirão de atendimento oftalmológico em Juazeiro, parte do Programa “Saúde sem Fronteiras”, criado em 2009 pelo governo estadual da Bahia com o objetivo fornecer acesso à saúde ocular a idosos acima de 60 anos. A equipe visitou o mutirão e conversou com uma profissional da Secretária Estadual de Saúde responsável pela divulgação do evento (Figura 1).

Este Programa já realizou mais de 165 mil cirurgias de catarata e mais de 300 mil consultas oftalmológicas entre idosos. Além disso, também atende à demanda do Programa “Todos Pela Alfabetização” (programa de alfabetização de jovens, adultos e idosos).

O Programa Saúde sem Fronteiras é pactuado por meio da Comissão Intergestora Regional (CIR) onde os gestores se comprometem a encaminhar os pacientes e estabelecem um número de consultas a serem realizadas por município. No caso de Juazeiro, pactuou-se que cada um dos 10 municípios da região tem direito a 53 consultas e o município executor do Programa – escolhido de acordo com a sua capacidade de receber a estrutura durante 7 dias – tem direito a 320 de consultas. Os municípios demandantes são responsáveis por garantir que os pacientes tenham condição de passar o dia no município-executor, fornecendo-lhes transporte, alimentação e acompanhamento de um enfermeiro ou técnico de enfermagem.

O número de cirurgias é consequência dos diagnósticos das consultas oftalmológicas: se for diagnosticada a catarata, tem-se a resolutividade no mesmo momento. Se for diagnosticado glaucoma ou outra patologia do aparelho ocular, o paciente é encaminhado para a secretaria municipal de saúde, onde se dá o direcionamento adequado. A capacidade instalada atualmente é de 5.000 consultas e 1.500 cirurgias de catarata por mutirão.

O mutirão conta ainda com o “Odontomóvel”, com a unidade móvel do rastreamento do câncer de mama e a unidade móvel de doação de sangue da Fundação Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA). O programa “Saúde sem Fronteiras”

conta com um investimento anual de até R\$ 40 milhões, segundo a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesba).³

Figura 1: Estrutura do programa “Saúde sem Fronteiras” realizado em Juazeiro/BA. Estrutura geral (A), Entrada cirurgias eletivas (B) e Agendamento (C).



Médico da APS

Seis médicos foram entrevistados durante o campo das regiões de Petrolina e Juazeiro, a metade era do sexo feminino, com até 30 anos de idade. Quatro eram brasileiros e dois cubanos. Dois eram naturais de municípios do mesmo estado onde foi realizada a entrevista, um do próprio município e um de outro estado. Apenas um não reside no município pesquisado. Com relação à graduação dois graduaram no mesmo município pesquisado, sendo que um destes é também natural do mesmo município.

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de três meses a cinco anos e o tempo de atuação na UBS visitada variou de uma semana a dois anos. Três médicos eram bolsistas, os dois estrangeiros, do ‘Programa Mais Médicos’, e um

³ Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=9977:saude-sem-fronteiras-estara-em-juazeiro-de-18-a-24&catid=13:noticias&Itemid=25. Acesso em: 16 de dezembro de 2015.

do PROVAB; dois eram estatutários e um tinha contrato temporário com a administração pública. Três declaram ter títulos de especialistas, um em Medicina da Família, um em Medicina Geral e Integral e um em Medicina Geral e Integral e Ginecologia. Dois dos entrevistados declaram possuir outro trabalho, um na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e o outro como supervisor do ‘Programa Mais Médicos’ (Tabela 13).

Tabela 13: Perfil dos médicos de UBS entrevistados – Regiões Petrolina e Juazeiro, 2015.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4	5	6
Município da entrevista /UF	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Juazeiro - BA	Cabrobó - PE	Cabrobó - PE
Naturalidade/UF	Recife - PE	Petrolina - PE	Senhor do Bonfim - BA	Paulo Afonso - BA	Ciego de Avila - Cuba	Havana - Cuba
Município de residência	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Cabrobó - PE	Cabrobó - PE
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino
Idade	32 anos	28 anos	27 anos	29 anos	49 anos	46 anos
Ano de conclusão da graduação	2009	2013	2014	2015	1989	1993
Município/UF de graduação	Recife - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Camaguey - Cuba	Havana - Cuba
Tempo de atuação na APS	5 anos	2 anos	8 meses	3 meses	-	-
Tempo de atuação na UBS onde foi realizada entrevista	9 meses	2 anos	8 meses	1 semana	2 anos	2 anos
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40	40*	40*	40*
Vínculo de trab. na UBS onde foi realizada entrevista	Estatutário	Estatutário	Contrato temporário	Bolsista (PROVAB)	Bolsista (Mais Médicos)	Bolsista (Mais Médicos)
Possui título de especialista	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim
Possui outro trabalho	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não

*Estão incluídas as horas dedicadas ao curso de especialização em Saúde da Família oferecida aos bolsistas do Programa Mais Médicos e do PROVAB.
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2015.

Quanto às atividades relativas à especialidade de ortopedia abordadas no questionário, todos os entrevistados afirmaram realizar tratamento de lombalgia. É interessante observar, no entanto, que durante as entrevistas com os ortopedistas a dor lombar foi relatada como queixa frequente encaminhada por médicos da atenção primária. Já a imobilização de fraturas não é realizada por nenhum dos médicos entrevistados nas unidades onde atuam; quatro afirmaram saber realizar, mas não o fazem, enquanto dois afirmaram não saber realizar.

Quanto às atividades específicas da oftalmologia, o atendimento às queixas de diminuição da acuidade visual é desempenhado por três dos profissionais; um afirma que não realiza, mas sabe fazer e dois não sabem fazer. A triagem de acuidade visual é realizada por quatro dos entrevistados; os demais afirmam que não realizam, mas sabem fazer. O atendimento de queixas de olho vermelho também é realizado por quatro profissionais; um relata saber fazer, mas não o faz na UBS e um não sabe fazer.

Um entrevistado, que é também preceptor da residência em medicina da família e comunidade, afirma que a fundoscopia é um exame muito simples, passível de ser realizado na unidade básica. Ele mesmo relata que executou durante muito tempo, mas não possui mais oftalmoscópio. O mesmo declara que, se existisse um optometrista no município, e seus conflitos com os oftalmologistas não fossem grandes, muitos problemas desta especialidade seriam solucionados sem necessidade de encaminhamento, reduzindo a fila de espera para essa especialidade.

Quanto aos encaminhamentos para o ortopedista, uma das entrevistadas cubana afirma que raramente o faz: - “*Não existe [ortopedista]*”. Somente encaminha casos cirúrgicos e mais urgentes, como hérnia de disco, acidentes, derrame articular e condromalácia. Ela afirma que conseguir reumatologista é mais fácil e, portanto, os casos de sobreposição de escopo destas duas especialidades são resolvidos na reumatologia, como a artrite reumatoide. Alguns casos de osteoporose, caso haja vaga, também estão sendo atendidos pelo reumatologista.

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, em geral, dois avaliaram como bom, um avaliou como nem ruim e nem bom, um como ruim e dois como muito ruim. Os motivos para as avaliações negativas incluíram: poucas vagas, protocolos restritos, muita demanda e tempo alto de espera. Um dos médicos afirmou que o processo de regulação deveria ser vinculado a programas como o telessaúde, a fim de otimizar os encaminhamentos da atenção primária:

Aquele mecanismo de telessaúde [...] é importante que a gente atrele a regulação a isso. Há pesquisas que mostram que a gente pode diminuir pela metade o número dos encaminhamentos. Se a gente tem um processo que o médico encaminha pro telessaúde e o telessaúde dá uma resposta, que pode ser tanto no sentido de “tente fazer isso, tente fazer aquilo”, ou então fornecer uma senha pra que esse encaminhamento aconteça. [...] eu já tentei propor isso ao município. Começaria, por exemplo, com 10% das vagas de encaminhamentos [fornecidas] dentro do telessaúde. Seria uma forma de priorizar aquele profissional que tem o cuidado e a preocupação. (Médico 1)

Gestores de UBS

Todos os gestores entrevistados eram do sexo feminino, com idade entre 25 e 52 anos. Quatro eram formadas em enfermagem e uma em administração. O tempo de

atuação das entrevistadas na APS variou de 8 meses a 2 anos e como gestoras da UBS de 6 meses a 2 anos (Tabela 14).

Tabela 14: Perfil dos gestores de UBS entrevistados – Regiões Petrolina e Juazeiro, 2015.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4	5
Município da entrevista /UF	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Juazeiro - BA	Cabrobó - PE
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	52 anos	27 anos	25 anos	34 anos	29 anos
Tempo de atuação na APS	1 ano	1 ano	2 anos	8 meses	2 anos
Tempo de atuação na UBS	1 ano	6 meses	7 meses	7 meses	2 anos
Tempo de atuação como gestor da UBS	1 ano	6 meses	7 meses	7 meses	2 anos
Formação	Administração	Enfermagem	Enfermagem	Enfermagem	Enfermagem

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2015.

Quatro das entrevistadas concordam que ‘a atenção primária seria mais eficiente se os profissionais de saúde ampliassem suas atividades clínicas’. A única que discorda desta afirmativa defende que a eficiência da atenção primária não depende do profissional, mas sim das condições de trabalho (Gestora 4). Todas as gestoras concordam de que ‘para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessária uma qualificação específica’.

Três gestoras concordam que ‘algumas atividades executadas por médicos em centro de especialidades poderiam ser realizadas por médicos da atenção básica na UBS’. Entre as duas que discordam, uma alegou a falta de infraestrutura para realização de serviços especializados na UBS “*não adianta ampliar as atividades se não tem estrutura suficiente*” (Gestor 1) e a outra porque “*tira o foco do médico clínico da atenção básica*” (Gestor 2).

Sobre se ‘a expansão das atividades de médicos da atenção primária poderia compensar a escassez de médicos especialistas’, novamente três concordam e duas discordam. Entre as gestoras que discordam dessa afirmativa, uma explica que isso “*iria sobrecarregar demais os clínicos, pois a demanda para atenção básica já é muito alta*” (Gestor 4), a segunda segue a mesma linha afirmando que o médico “*já não dá conta da clínica médica na UBS, se ampliar para especialidades é que não dá conta mesmo*” (Gestor 2).

As quatro gestoras concordam que ‘cada município deveria ter autonomia para definir protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde na atenção básica’. Sobre se ‘os conselhos profissionais devem ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde’, três concordam, uma não

concorda e nem discorda e uma discorda, justificando que *“eles não estão nem aí para nós, eles não conhecem a realidade da gente aqui, então eu não acho que eles deveriam definir”* (Gestor 5).

Já se ‘o Ministério da Saúde deve ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde’, uma concordou, duas não concordam e nem discorda e duas discordam, justificando que quem *“vivencia a realidade é o profissional”* (Gestor 4) e

Eles nem sabem o que acontece aqui para definir. Por exemplo, não tem o médico, o enfermeiro sabe que é para fazer aquela medicação, aí se vem a fiscalização e vê que você fez sem a prescrição médica, aí eles vão tirar a sua carteirinha de trabalho, porque não era para ser feito. (Gestor 5)

Apenas uma das gestoras discorda que ‘para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessário mudar a Lei de exercício de cada profissão’. De acordo com a mesma, a Lei deve ser mantida, *“porque cada um tem a sua função. Eu não vou atuar no exercício de médico “[...] o que tem que ampliar é a mão de obra de cada área e não ampliar o serviço para cada profissional”* (Gestor 4).

Foi solicitado aos gestores que citassem alguns casos clínicos da oftalmologia e da ortopedia que poderiam ser tratados por médicos nas UBS. Observou-se certa dificuldade em responder esta questão, por não conhecer todas as atividades destas especialidades médicas.

Em relação a casos da oftalmologia, de uma maneira em geral as gestoras consideram que as UBS não possuem estrutura para realizar procedimentos mais especializados e que os básicos eles já fazem.

Uma das gestoras relata ainda *“(...) não sei se deveriam fazer procedimentos mais especializados, pois não sei se são capacitados para isto”* (Gestor 4). Outra considera que alguns exames poderiam ser solicitados pelos médicos da UBS antes de encaminhar para o especialista *“até para saber se ele está tendo alguma alteração que dever ser encaminhada ou que ele mesmo possa tratar”* (Gestor 5).

Em relação aos ortopedistas, foi citado como queixas que poderiam ser tratadas nas UBS ‘dores nas costas’ e ‘dores na coluna’. Uma das entrevistadas relatou ainda que o encaminhamento para ortopedistas é um *“problema sério”*, pois todos os casos relacionados à ortopedia são encaminhados e a unidade só possui 24 vagas para esta especialidade (Gestor 3).

Com relação às vantagens da expansão das atividades de profissionais da APS, foram citados o aumento da resolutividade, a diminuição do número de encaminhamentos e do tempo de espera e a melhoria do atendimento à população. Já com relação às desvantagens, foi citada a sobrecarga de trabalho para os profissionais. Uma das gestoras citou como desvantagem que “*não haveria um respeito à hierarquia e ao cumprimento das funções de cada categoria profissional*” (Gestor 2).

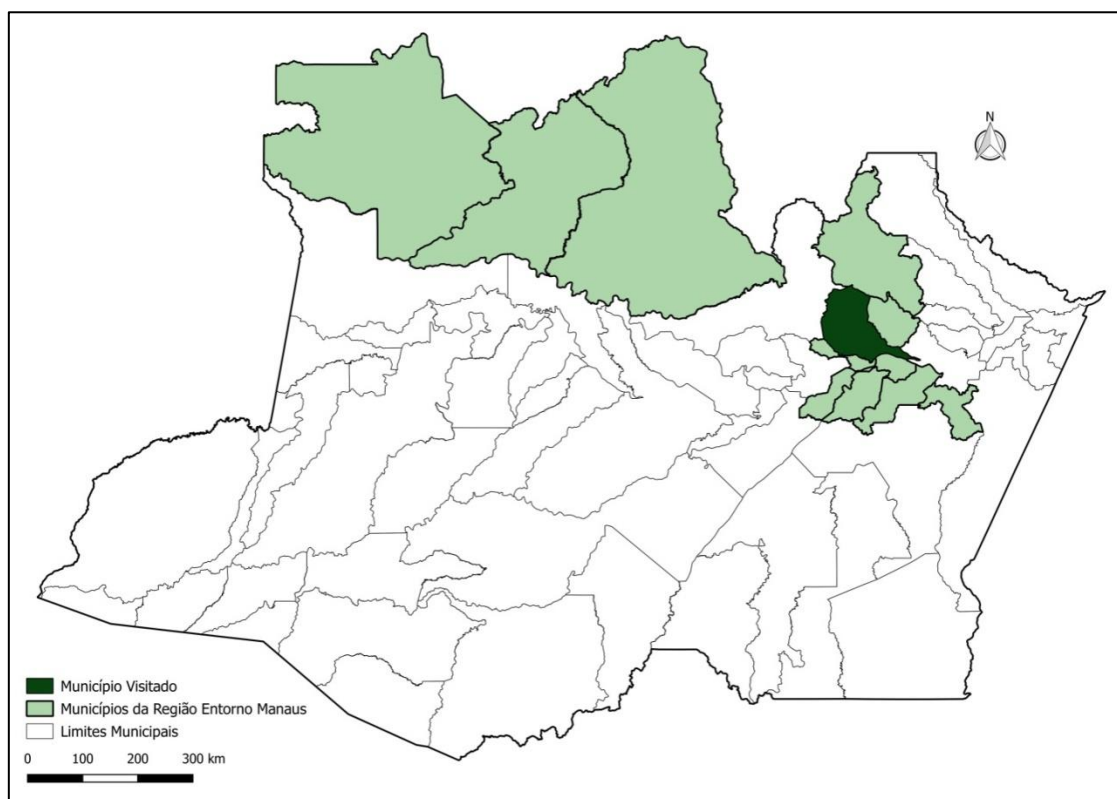
3. RESULTADO CAMPO – ENTORNO DE MANAUS (AM)

3.1. Cenário do estudo

O campo da região Entorno de Manaus foi realizado entre os dias 29 de fevereiro e 04 de março de 2016. A região é composta por 12 municípios sendo eles Manaus, Presidente Figueiredo, Rio Preto de Eva, Iranduba, Careiro de Várzea, Careiro Castanho, Manaquiri, Autazes e Nova Olinda do Norte, Barcelos, São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel do Rio Negro (Mapa 2).

A pesquisa de campo foi realizada no município de Manaus, pois concentram a maior parte dos médicos das especialidades estudadas (Tabela 15).

Mapa 2: Municípios da Região do Entorno de Manaus



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2016.

Tabela 15 – Número de vínculos das especialidades Oftalmologia e Ortopedista e Traumatologia – Região Entorno de Manaus, 2015.

Municípios	Vínculos de oftalmologia	Vínculos de ortopedia e traumatologia	Total de vínculos de médicos
Autazes	-	1	25
Barcelos	-	-	11
Careiro	-	-	19
Careiro da Várzea	-	-	10
Iranduba	1	1	48
Manaquiri	-	0	16
Manaus	222	598	7.188
Nova Olinda do Norte	-	-	24
Presidente Figueiredo	1	1	66
Rio Preto da Eva	-	-	53
Santa Isabel do Rio Negro	-	-	8
São Gabriel da Cachoeira	-	2	41
Total	224	603	7.509

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015

Em 2014 a RAIS informava a existência de 570.798 vínculos formais de emprego ativos, nos 12 municípios que compõem a região de saúde, distribuídos em pouco mais de 20 mil estabelecimentos. Destes, 35% eram relacionados ao comércio varejista, que empregavam cerca de 11% dos vínculos, resultando numa média de 9,3 vínculos por estabelecimento. Por outro lado, a Administração Pública em geral (Classe 84.116) representava apenas 0,6% dos estabelecimentos e cerca de 21% dos vínculos, uma média de 968 vínculos por estabelecimento.

Dentre as classes de atividade econômica do setor saúde, o maior número de estabelecimentos eram de Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305), com 601 estabelecimentos, e o maior número de vínculos estava nas Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101), 8.694 vínculos. Nenhum dos municípios da região contava com estabelecimentos de Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (CNAE 86.224). A região contava ainda com 435 estabelecimentos de Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717) e 189 estabelecimentos de Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741).

Analisando os Quocientes Locacionais (QL), chama atenção na região a Fabricação de Cronômetros e Relógios (Classe 26523) e a Fabricação de Motocicletas (Classe 30911), com QLs altos tanto para estabelecimentos (46,76 e 33,25, respectivamente) quanto para vínculos (56,31 para o primeiro e 70,13 para o segundo).

Outros destaques na região são o Transporte por Navegação Interior de Carga (Classe 50211), com QL de 35,85 para estabelecimentos, e a Fabricação de Aparelhos de Recepção, Reprodução, Gravação e Amplificação de áudio e Vídeo (Classe 26400) e Fabricação de Aparelhos e Equipamentos de Ar Condicionado (Classe 28241), com QLs de 49,00 e 38,83 para vínculos, respectivamente (Apêndice B4).

Manaus (AM)

Manaus é a capital do estado do Amazonas e o principal centro financeiro, corporativo e econômico da Região Norte do Brasil. É uma cidade histórica e portuária, localizada no centro da maior floresta tropical do mundo. Situa-se na confluência dos rios Negro e Solimões. É a cidade mais populosa do Amazonas e da Amazônia, com mais de dois milhões de habitantes, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2015. Acesso para outras regiões brasileiras somente via aérea.

Dentre as atividades do setor saúde, informadas pela RAIS para o município de Manaus, o maior número de estabelecimentos eram de Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86305), 598, e o maior número de vínculos formais de emprego eram observados nas Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101), 8.324. Estes somavam 57 estabelecimentos, com uma média de 146 vínculos por estabelecimento.

A economia formal do município é extremamente diversificada: o comércio varejista responde por apenas 34,7% do total de estabelecimentos, incluindo aí 409 estabelecimentos de Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47717) e 188 estabelecimentos de Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47741). O maior número de vínculos formais de emprego é observado na Administração Pública em Geral (Classe 84116), mas em percentual bem abaixo dos observados nos outros municípios da região: apenas 19,4% dos vínculos encontram-se nesta classe de atividade.

Analisando os quocientes locacionais de estabelecimentos, os maiores são observados, em ordem decrescente, na Fabricação de Cronômetros e Relógios (Classe 26523), no Transporte por Navegação Interior de Carga (Classe 50211) e na Fabricação de Motocicletas (Classe 30911), a saber, 48,72, 35,68 e 34,64, respectivamente. Com relação aos vínculos, os maiores quocientes locacionais são observados na Fabricação

de Motocicletas (Classe 30911), na Fabricação de Cronômetros e Relógios (Classe 26523) e na Fabricação de Aparelhos de Recepção, Reprodução, Gravação e Amplificação de áudio e Vídeo (Classe 26400): 72,74, 58,40 e 50,83, respectivamente (Apêndice B5).

Segundo os dados de CNES, em junho de 2015, Manaus possuía um total de 1.318 estabelecimentos de saúde, sendo 41,9% consultórios isolados, 17,8% Unidades Básicas de Saúde e 15,2% Clínicas especializadas (Tabela 16).

Tabela 16 – Estabelecimentos de saúde e vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de estabelecimento em Manaus, 2015.

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos		Oftalmologistas		Ortopedistas	
	N	%	N	%	N	%
Posto de Saúde	18	1,4	-	-	-	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	235	17,8	-	-	-	-
Policlínica	38	2,9	29	13,1	29	4,8
Hospital Geral	25	1,9	51	23	240	40,1
Hospital Especializado	22	1,7	46	20,7	120	20,1
Pronto Socorro Geral	1	0,1	-	-	-	-
Consultório Isolado	552	41,9	20	9	8	1,3
Unidade Móvel Fluvial	5	0,4	-	-	-	-
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	200	15,2	74	33,3	29	4,8
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	96	7,3	-	-	2	0,3
Unidade Móvel Terrestre	7	0,5	1	0,5	-	-
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	48	3,6	-	-	-	-
Farmácia	3	0,2	-	-	-	-
Unidade de Vigilância em Saúde	2	0,2	-	-	-	-
Cooperativa	33	2,5	-	-	115	19,2
Secretaria de Saúde	8	0,6	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	3	0,2	-	-	-	-
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	3	0,2	-	-	-	-
Pronto Atendimento	9	0,7	1	0,5	55	9,2
Telessaúde	1	0,1	-	-	-	-
Central da regulação medica das urgências	1	0,1	-	-	-	-
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	4	0,3	-	-	-	-
Laboratório de Saúde Pública	1	0,1	-	-	-	-
Central de regulação	2	0,2	-	-	-	-
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	1	0,1	-	-	-	-
Total	1.318	100	222	100	598	100

Fonte: CNES-BRASIL – Junho de 2015.

O município apresenta um pouco mais de dois vínculos de médicos por indivíduo (2,2), equivalente a 7.188 vínculos para 3.264 indivíduos. Com relação às especialidades médicas, a razão de vínculos por indivíduo para os oftalmologistas é bem inferior à dos ortopedistas. Enquanto os oftalmologistas possuem 222 vínculos para 129

indivíduos, entre os ortopedistas o número de vínculos é quatro vezes superior ao número de indivíduos, respectivamente 598 vínculos para 150 indivíduos. (Tabelas 17).

Tabela 17 – Número de vínculos, indivíduos e razão de vínculos por indivíduo – oftalmologistas, ortopedistas/traumatologistas e totalidade dos médicos registrados no CNES – Manaus (AM), 2015.

Ocupação	Vínculos	Indivíduos	Razão de vínc./ind
Médicos*	7.188	3.264	2,2
Oftalmologistas	222	129	1,7
Ortopedistas/traumatologistas	598	150	4,0

* Totalidade dos médicos registrados no CNES.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015

Em Manaus, 40,1% dos ortopedistas estão em hospitais gerais, 20,1% em hospitais especializados e 19,2% em cooperativas. Com relação aos oftalmologistas, 33,3% estão em clínicas especializadas, seguido por 23% em hospitais gerais e 20,7% em hospitais especializados (Tabela 16).

Em relação ao tipo de vínculo dos especialistas, 71,2% dos ortopedistas são cooperados e 8,9% autônomos pessoa jurídica. Entre os oftalmologistas 29,7% possui contrato temporário e 11,3% são cooperados ou possuem outro tipo de vínculo empregatício sem descrição no CNES; 10,8% são estatutários (Tabela 18).

Tabela 18 – Número de vínculos de ortopedistas/traumatologistas e oftalmologistas por tipo de vínculo – Manaus (AM), 2015.

Tipo de vínculo	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Estatutário	24	10,8	32	5,4
Empregado público	1	0,5	3	0,5
Celetista	6	2,7	3	0,5
Temporário	66	29,7	17	2,8
Autônomo, pessoa física	8	3,6	21	3,5
Autônomo, pessoa jurídica	18	8,1	53	8,9
Cooperado	25	11,3	426	71,2
Residente	20	9	-	-
Informal	11	5	5	0,8
Outros, vínculo empregatício sem descrição	25	11,3	12	2
Outros, autônomo sem descrição	18	8,1	26	4,3
TOTAL	222	100	598	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES de junho de 2015.

Com relação à natureza jurídica do estabelecimento, observou-se que órgãos de administração direta da saúde agregam um pouco mais da metade dos ortopedistas (52,7%) e as cooperativas (19,2%). Já as empresas privadas agregam a maioria dos oftalmologistas (65,8%) (Tabela 19).

Tabela 19 – Número de vínculos de ortopedistas/traumatologistas e oftalmologistas, por natureza jurídica – Manaus (AM), 2015.

Natureza jurídica	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	55	24,8	315	52,7
Administração Direta de outros órgãos (MEC MEx Marinha etc)	9	4,1	22	3,7
Administração Indireta - Fundação Pública	6	2,7	43	7,2
Empresa Privada	146	65,8	63	10,5
Cooperativa	-	-	115	19,2
Serviço Social Autônomo	1	0,5	1	0,2
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	5	2,3	39	6,5
Total	222	100	598	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES de junho de 2015.

3.2. Resultados das entrevistas

Durante o campo em Manaus, foram realizadas entrevistas com médicos e gestores da APS, médicos especialistas ortopedistas/traumatológicas e oftalmologistas, representantes da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT-AM), Cooperativa dos Anestesiologistas do Amazonas (COOPANEST-AM), Diretora do Departamento de Planejamento da Atenção Especializada Municipal da Secretária Municipal de Saúde de Manaus - SEMSA e Secretários adjuntos da Secretária Adjunta Executiva de Atenção Especializada do Interior e Capital da Secretaria Estadual do Amazonas (SUSAM) e professor do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) (Tabela 20).

Tabela 20 – Relação de entrevistados – Região Entorno de Manaus, 2016.

Entrevistados	N
Ortopedistas	4
Oftalmologistas	6
Médicos UBS	6
Gestores UBS	3
Sociedade	1
Cooperativa	1
SEMSA	1
SUSAM	2
UFAM	1
Total	25

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2015.

Cenário das entrevistas com os especialistas

Consultório Isolado

Foi entrevistado um oftalmologista, proprietário do estabelecimento, com carga horária semanal de 40 horas no local e quadro de funcionários com apenas recepcionistas. Atua também como coordenador da residência médica em uma clínica privada, onde atende pacientes do SUS uma vez por semana, ambulatoriamente; e possui, junto a outros quatro oftalmologistas, um centro de catarata e retina. O consultório não possuía vínculo SUS e está locado em um prédio comercial que funciona dentro de um *shopping center* e possui apenas uma recepção, um consultório médico e uma ótica. Os pacientes que necessitam de tratamento cirúrgico são encaminhados ao seu centro de catarata e retina. Segundo o entrevistado, cerca de 10% da clientela da clínica era particular e os demais de convênios e planos de saúde. O valor informado de uma consulta particular é de R\$300,00.

Clínica especializada/Ambulatório de especialidade

Em Manaus foram visitados dois estabelecimentos caracterizados como “Clínica especializada/Ambulatório de especialidade”. O primeiro oferece tratamento oftalmológico de alta complexidade e possui vínculo SUS. No CNES estão registrados sete oftalmologistas e um anestesista. Todos os oftalmologistas possuem vínculo SUS, quatro atuam 40 horas semanais, dois possuem vínculo como autônomo, um como contrato temporário e os outros não possuem tipo de vínculo especificado no CNES. Nesse cenário foram entrevistados dois oftalmologistas, os quais informaram que ali são realizados exames, consultas médicas e procedimentos cirúrgicos, sendo os pacientes majoritariamente de planos de saúde (80%), seguido de pacientes particulares. Cerca de 12 cirurgias são realizadas em pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) por mês, como forma de treinamento a outros profissionais. O valor informado de uma consulta particular é de R\$300,00. Além dos oftalmologistas, a clínica conta com enfermeiros, técnicos de enfermagem e recepcionistas. Estas foram treinadas para operar alguns equipamentos que realizam exames oftalmológicos. No primeiro andar da clínica funciona uma ótica.

A segunda clínica especializada atende exclusivamente pacientes com demandas ortopédicas de planos de saúde e particulares. Possui quatro vínculos de ortopedistas,

sendo todos caracterizados como “outros” e possuindo carga horária semanal de 40 horas, nesse estabelecimento (CNES, 2015). Um destes foi entrevistado pela equipe durante o campo e afirmou, contrapondo os dados do CNES, que atua na clínica apenas duas horas por dia, de segunda a sexta-feira, totalizando 8 horas semanais. Os especialistas são sócios e um atua como diretor do estabelecimento. As consultas realizadas são somente eletivas. O entrevistado afirma que a clínica é a mais antiga de Manaus, porém, não realizam cirurgias ali, pois consideram “arriscado”; os pacientes que necessitam deste tipo de tratamento são operados em hospitais, uma vez que têm melhor infraestrutura e serviço de terapia intensiva. O trabalho era feito em conjunto com fisioterapeutas, mas, segundo ele, os convênios não pagam o suficiente para manter este profissional na clínica e, portanto, atualmente, somente ortopedistas realizam o atendimento. Estes profissionais contam com o auxílio de técnicos de enfermagem, porém, não mantêm enfermeiro para supervisionar seu trabalho.

Hospital geral

Foram visitados três estabelecimentos caracterizados como “Hospital Geral”. O primeiro visitado possui 20 vínculos de ortopedistas e sete de oftalmologistas (CNES, 2015) e atende tanto a parte clínica quanto cirúrgica de pacientes do SUS. Dos ortopedistas, 14 são estatutários, três são celetistas, dois são autônomos sem intermediação e um tem vínculo caracterizado como “outros”. Dos oftalmologistas, quatro são estatutários e três são celetistas. A carga horária dos especialistas variou de 10 a 40 horas, sendo que a maioria era registrada com 20 horas. Nesse cenário foram entrevistados dois oftalmologistas, professores da Universidade Federal do Amazonas, e um ortopedista. Segundo um dos oftalmologistas entrevistados, o hospital presta serviços de média complexidade e possui serviços de alta complexidade que são fornecidos em outra unidade, um anexo do hospital. Sua estrutura é precária, mas em três meses será entregue um novo prédio, que oferecerá atendimento em maior quantidade e melhor qualidade de serviço. Este hospital oferece atendimento em outras especialidades e conta com uma equipe multidisciplinar. Segundo o mesmo oftalmologista, existem enfermeiras especializadas em sua área, capazes de ler e examinar os laudos médicos, bem como prescrever cuidados e orientações pré e pós-operatórios.

O segundo hospital visitado também atende exclusivamente pacientes do SUS, porém, restringindo ao público pediátrico. Segundo o CNES, o estabelecimento possui

quatro vínculos com ortopedistas, sendo um autônomo intermediados e três caracterizados como “outros”; todos possuem carga horária semanal de 5 horas, neste estabelecimento. Além da ortopedia, o hospital atende mais cinco especialidades. Nesse local foi entrevistado um ortopedista, que afirma atuar ali de segunda a sexta-feira, pela manhã, contrapondo os dados do CNES. Ele está vinculado a uma cooperativa e recebe por plantão trabalhado. Além deste hospital, trabalha em um pronto-socorro que atende exclusivamente um plano de saúde e possui consultório particular. No estabelecimento visitado tem o apoio de uma equipe multidisciplinar (equipe de enfermagem, fisioterapia, serviço social e psicologia). Segundo ele, o primeiro atendimento de todos os pacientes é realizado sem agendamento, sendo o pronto-socorro a porta de entrada, uma vez que é mais rápido que conseguir consulta via SISREG; os pós-operatórios fazem acompanhamento ambulatorial em outro local.

O terceiro estabelecimento caracterizado como “Hospital Geral” possui 27 vínculos de ortopedista, cuja carga horária semanal varia de 2 a 20 horas, predominando aqueles que atuam 10 horas (CNES, 2015). Apenas um especialista é contratado por prazo determinado, enquanto os demais são autônomos intermediados. O hospital oferece atendimento exclusivamente a pacientes do SUS em diversas especialidades e também conta com uma equipe multidisciplinar. Um ortopedista foi entrevistado neste local e afirmou trabalhar ali pela manhã, de domingo a domingo, tendo como função a prescrição de pacientes internados da ortopedia (cerca de 60/dia). Sua carga horária semanal, pelo CNES, é de apenas 5 horas. Além deste estabelecimento, atua em um pronto-socorro infantil, onde atende somente ao público SUS, e possui consultório privado.

Hospital especializado

O estabelecimento de saúde considerado “Hospital especializado”, pelo CNES, possui vínculo SUS e oferece tratamento nos níveis secundário e terciário. No CNES estão registrados seis oftalmologistas, dos quais três possuem vínculo celetista de 20 horas semanais, um autônomo de 20 horas e outro sem vínculo especificado de 10 horas semanais. Além disso, estão registrados 20 residentes com carga horária de 60 horas semanais. Segundo o residente entrevistado (OF6) nesta clínica a maioria dos pacientes é proveniente do SUS, mas há atendimento particular e de convênios.

Policlínica

O estabelecimento caracterizado como “Policlínica” pelo CNES atende apenas pacientes do SUS em quatro especialidades médicas: clínica médica, cardiologia, pediatria e ortopedia. Todos os profissionais são estatutários e possuem carga horária semanal de 20 horas. Neste estabelecimento foi entrevistado um ortopedista e, segundo ele, os pacientes atendidos são encaminhados exclusivamente via SISREG. Além deste local o especialista atende em outra policlínica, cujo vínculo é como estatutário pelo governo federal, além de dar plantão em um pronto-socorro, vinculado a uma cooperativa.

Aspectos da Atenção Especializada e arranjos de trabalho

Para entender a atenção especializada e os arranjos de trabalho desempenhados por médicos especialistas na região, foram entrevistados, além dos profissionais da APS e médicos especialistas, o presidente da SBOT-AM, um representante da COOPANEST, a representante da SEMSA e os secretários adjuntos da SUSAM (Capital e Interior), além de um professor da UFAM. Não foi possível realizar a entrevista com o representante do Instituto de Traumatologia-Ortopedia do Amazonas (ITO-AM), já que mesmo após o agendamento, esse, extraordinariamente, não pôde receber a equipe de pesquisa. Não foi localizada cooperativa médica de oftalmologistas, tampouco associação de representação vinculada ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia com regional localizada em Manaus.

De acordo com o Secretário Adjunto da Atenção Especializada de Manaus do Interior, a SUSAM é responsável pela gestão de 65 hospitais distribuídos pelo estado e possui cerca de 400 médicos em seu quadro alocados no interior. Compõe o quadro de especialistas da SUSAM clínicos, cirurgiões, pediatras, anestesistas, ortopedistas e ginecologistas obstetras. A distribuição destes não é regular nos 65 hospitais. Para suprir a falta de especialistas no interior, foi estabelecido o programa Amazonas Saúde Itinerante, que segundo o entrevistado terminou em 2015, mas está em fase de reprogramação com previsão para ser reiniciado em 2016. Através desse programa são realizadas consultas especializadas; mutirões de cirurgias eletivas que incluem cirurgias gerais e ginecológicas, correção de lábio leporino e cirurgias de catarata.

A maioria dos médicos da SUSAM é contratada através de concurso público e processo seletivo. Existem alguns poucos profissionais ainda com contrato temporário superior a dois anos, que por ordem judicial estão sendo substituídos por médicos que participaram do concurso público de 2005 e 2014. De acordo com o Secretário Adjunto Atenção Especializada de Manaus, o baixo número de médicos da SUSAM no interior é influenciado pelo grande número de cooperativas existentes em Manaus e pela complexidade da geografia física do estado do Amazonas:

Quando abre concurso para o interior os médicos não se inscrevem, ou quando se inscrevem e são chamados, não querem assumir [...] O pessoal da cooperativa aqui é muito forte. Eles não permitem.

O secretário ressalta que os profissionais querem ficar perto de Manaus:

Eu tenho médico que fica em município a 1800 km de distância em linha reta de Manaus. Algum desses municípios não oferece estrutura, não tem condições às vezes para o médico ficar [...] às vezes não tem estruturas de lazer, não tem shopping, não tem internet, então é difícil a gente conseguir fixar o profissional. Alguns ficam pelo salário, outros não.

Ainda segundo o secretário adjunto da SUSAM (Interior), a única maneira encontrada para cumprir a obrigatoriedade em completar o quadro médico do hospital em São Gabriel da Cachoeira foi por meio do único contrato do estado, especificamente com uma cooperativa de anestesistas, para prestação de serviço no interior. Outra exceção é no município de Tabatinga onde a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a Maternidade são administrados via Organização Social (OS), em que os médicos contratados pela OS permanecem por aproximadamente 15 dias corridos no município, de acordo com o número de plantões para os quais foram contratados, e retornam em sua grande maioria, para Manaus. O secretário ressalta que esse sistema só é possível, pois são unidades novas, em que as contratações se iniciaram dessa forma e que implementar esse sistema nas demais unidades seria bastante complexo, pois são unidades antigas, com arranjos de trabalho já estruturados. O mesmo revela que atualmente a SUSAM tem estudado maneiras de rever a situação, pois estão tendo muito dificuldade em fazer a gestão em algumas unidades, seja pela distância, seja pelo quadro de pessoal.

As cooperativas de especialidades médicas, como forma de organização profissional, revelou-se estratégia bastante comum e crescente na região de Manaus e

entorno, dado este reforçado pelas demais entrevistas, como a entrevista realizada com representante da COOPANEST, entidade com 160 sócios ativos e pioneira nesse tipo de arranjo de trabalho na região, fundada há 27 anos. A instituição é atualmente responsável pela cobertura do serviço de anestesiologia somente na capital, apesar de já ter tido contrato com o estado para atuar no interior do Amazonas. Os contratos públicos remuneraram os médicos anestesiológicos por regime de plantão de 12h, enquanto os privados, por produtividade. O entrevistado afirma que atualmente não há dificuldade em atrair e fixar os anestesiológicos na região. Sobre a influência das cooperativas e especialmente da COOPANEST, o secretário adjunto da SUSAN capital relata:

Então, a questão das cooperativas... Quando eu cheguei em Manaus e me explicaram, eu falei 'não acredito que existe um negócio desses! Como pode ser isso? Nunca vi uma empresa...' Porque, por exemplo, a Coopanest existe no Brasil todo. Como que é a Coopanest do Rio de Janeiro? É um instrumento de cobrança de anestesia privada. No Rio Grande do Sul e tal você tem um ou outro contrato do gestor público pra algumas situações, mas assim generalizado, nunca tinha visto. (...) Mas não é só a Coopanest: são todas as especialidades, mais a enfermagem... Quer dizer, isso foi uma resposta que o governo acabou fazendo, junto com as próprias cooperativas, pela pouca quantidade de médicos que havia no passado. Houve um investimento muito grande na abertura de portas de entrada e precisava colocar gente.

Para esse entrevistado existem pós e contra em relação à organização do atendimento especializado por meio das cooperativas:

Pró, é que não tem falta, a gente consegue cumprir as escalas. Outro pró é que se essa pessoa não for, a própria cooperativa é responsável pela substituição. Então se tá programado cinco plantonistas de cirurgia geral no (hospital) 28 de Agosto na terça-feira, terão cinco plantonistas lá, custe o que custar, é uma responsabilidade deles. (...)

Eu acho que a cooperativa, eu acho na verdade que todo modelo de gestão, toda solução, ela é interessante, o problema é jogar todos os ovos numa cesta só, aí é complicado! Eu acho que cresceu demais, ela poderia ser uma opção para algumas coisas, uma alternativa, não a solução.

O professor do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da UFAM também alega vantagens e desvantagens em relação à oferta de serviços via cooperativas:

Tem vantagens e desvantagens, né? Eu vejo vantagens que é a seguinte: a emergência melhorou muito aqui. Não falta médico. Não tem atestado----, o cara não trabalhou o outro cobre. Isso é vantagem. Não falta médico. A desvantagem é porque eu vejo que não tem,

digamos assim, ele não gosta que eu falo --- como se fosse diarista. Não cria vínculo, né? O cara atendeu no meu horário, então ---- trabalha menos mas cumpre o horário dele lá (Entrevistado da UFAM).

De acordo ainda com o professor da UFAM “98% dos residentes [de ortopedia] formados aqui no Amazonas fica em Manaus. Porque tem uma cooperativa que absorve todos”. O mesmo ainda relata que todas as especialidades possuem suas cooperativas e que quando são abertos editais para concurso do estado não há médicos inscritos, pois o contrato via cooperativas é financeiramente mais lucrativo. Essa dificuldade é reforçada pela diretora da SEMSA, “todo concurso que se faz é boicotado. Agora vai ter um e a expectativa é que alguém se interesse de fora. Eles aqui são muito fechados”.

O serviço de ortopedia e traumatologia é prestado ao município de Manaus e entorno, de acordo com o presidente da SBOT-AM, exclusivamente por meio de contratos entre o estado, municípios e o Instituto de Traumato-Ortopedia do Amazonas. De acordo com o representante da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, o ITO-AM “é uma grande empresa, com cento e poucos ortopedistas, dos quais nem todos são membros titulares da Sociedade Brasileira de Ortopedia”. Segundo o professor da UFAM entrevistado, endossando o relato do representante da SBOT-AM, o ITO-AM configuraria-se, atualmente, como sociedade limitada, com fins lucrativos, contrariamente à natureza jurídica anterior utilizada, de associação.

Esse processo de mudança/ incorporação de nova natureza jurídica ocorreu de maneira semelhante com a COOPANEST. A Cooperativa dos Anestesiologistas do Amazonas era, até o ano de 2010, a única instituição de representação jurídica dos 160 anestesiologistas associados do estado do Amazonas.

Na verdade nós somos três CNPJ aqui, né: que é a Coopanest, que é a [cooperativa] que fundou isso tudo aqui, ela tá ativa mas não tem nenhum contrato vinculado e que tem que tá viva; aí em 2010 surgiu a associação, que é Anestesiologistas Associados do Amazonas, que é a nossa fonte, sem fins lucrativos, que é o nosso contrato com os convênios privados, e três convênios com o estado; e o Instituto dos Anestesiologistas, que é o meu contrato maior, que é a SUSAM; (...) tanto a Associação como o Instituto são [sociedades] limitadas. (...) A gente só deixou de ser associação e passou a ser instituto porque os valores, né, se não me engano tem uma “diferencinha” de valores para cooperativa, para associação e valor pra instituto; como o nosso teto ultrapassou o que era para associação, então, a contabilidade junto com o jurídico sugeriu abrir um instituto.

O ITO-AM, de acordo com o entrevistado na SBOT-AM, atua somente em Manaus e região metropolitana *“nós não prestamos serviço para o interior; não porque não quer, porque não tão querendo pagar”*. Não há vínculos estatutários ou contratos de pessoa física de ortopedistas no Amazonas, segundo o entrevistado da SBOT-AM. São aproximadamente 130 ortopedistas no estado, sendo aproximadamente 100 titulares da sociedade brasileira de ortopedia que, de acordo com o entrevistado, dedicam a maior parte do seu tempo ao estado e município: *“a franca maioria deve ficar mais da metade de seu tempo dedicado à prestação do serviço público - emergência e eletiva”* e desempenham conjuntamente suas funções em consultórios particulares e hospitais particulares/ conveniados. Além desses ortopedistas, há cinco profissionais trabalhando com vínculo federal via UFAM (hospital/ ambulatório universitário).

Aqueles ortopedistas que atuam fora da região de Manaus e entorno, de acordo com o entrevistado da SBOT-AM, possuem vínculo contratual temporário precarizado com os municípios onde trabalham:

[...] no interior do estado, não foge muito ao padrão nacional não, é aquele contrato de prefeitura, que ganha um gancho do estado, e que quando muda o prefeito o cara fica sem receber; normalmente não são concursados, são lá com regime especial temporário.

Ainda na visão do presidente da SBOT-AM, o interior do estado possui quadro adequado de especialistas *“tem um quadro bom; não sei a condição que eles estão trabalhando, mas o quadro é de formação bem adequada”*.

Entretanto, segundo o representante da SBOT-AM, a inexistência de vínculos estatutários de ortopedistas é consequência da exiguidade de chamamento e nomeação dos profissionais que são aprovados em concursos, tanto do estado quanto do município. Ainda de acordo com esse entrevistado, *“a prefeitura, aliás, fez um concurso, aprovaram 35 e nunca chamou nenhum, então não tem nenhum ortopedista da prefeitura, nunca chamou, e o concurso é de 2011”*.

A formação dos especialistas em traumato-ortopedia no estado fica a cargo das duas residências existente em Manaus, ofertadas pela UFAM e pela Fundação Hospital Adriano Jorge, ambas credenciadas pelo MEC e pela SBOT, que formam em torno de oito especialistas por ano. Alguns desses especialistas continuam a formação em Manaus, em área específica de cirurgia de joelho, o único programa de formação em subespecialidade ofertado no estado. Muitos dos ortopedistas, contudo, concluem a

formação em subespecialidades fora do estado e retornam, de acordo com os dados da SBOT-AM:

Te dando um quadro estatístico real, deste ano, nós formamos quatro ortopedistas no Adriano Jorge este ano; dois deles vão fazer o programa de R4 de joelho, os outros dois, um vai para Curitiba fazer mão e o outro vai pra Campinas fazer ombro e cotovelo; ou seja, todo mundo tá fazendo subespecialidade (...) é uma questão de necessidade, o conhecimento ficou grande demais. (...) A ideia é buscar excelência. (...) E ficar bem claro que não é busca de ganho, porque o ganho é o mesmo, tá, o ortopedista generalista recebe o mesmo que o ortopedista subespecializado, nenhuma diferença, o valor de *ch* é igual, tudo, tudo é a mesma coisa; a diferença é só você ter a segurança, a prática em fazer; e fazer o que você gosta, é muito mais fácil gostar do que você domina.

Com relação à oftalmologia, a diretora da SEMSA afirma que não conhece nenhuma residência. No entanto, de acordo com a relação de cursos de especialização em oftalmologia, credenciados pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, atualizados em janeiro de 2016, existem dois cursos de especialização conveniados no estado do Amazonas, ofertados pelo Instituto de Oftalmologia Oculistas Associados de Manaus e da Vision Clínica de Olhos Ltda - EEP. Os dados disponíveis pela Secretaria de Ensino Superior do MEC a partir do Sistema CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica são referentes ao ano de 2009, em que consta como reconhecido apenas o curso oferecido pelo Instituto de Oftalmologia Oculistas Associados de Manaus, que formava à época, de acordo com os dados, até três especialistas anualmente.

Apesar do baixo número de oftalmologistas formados no estado do Amazonas, a diretora da SEMSA relata que esse especialista está presente na rede e não há dificuldade de fixação dos mesmos, em Manaus. Eles atendem pela rede pública exclusivamente nas policlínicas municipais. O problema identificado pela diretora para a especialidade está relacionado à manutenção de equipamentos:

Nossos equipamentos, hoje, não são, digamos assim, '*de ponta*' [...] então a gente tem dificuldade de fazer a manutenção [...] e quando se trata de média e alta complexidade, os recursos são negativos. Não diria nem escassos não, são negativos mesmo, no Brasil inteiro. [...] Quase não tem financiamento pelo governo federal. [...] Tem época que ficam quatro equipamentos aqui parados, porque não tem a peça aqui, aí tem que mandar buscar. Até a forma da gente fazer o conserto: se passar de 8.000 reais tem que fazer em duas partes. É assim que funciona: a gente faz uma e, como não pode fazer seguidamente uma

compra direta com o mesmo serviço, a gente tem que esperar uma outra fase *pra* poder terminar de consertar o aparelho. [...] O certo seria você ter um serviço contratado que fizesse a manutenção desses equipamentos, mas sempre *‘dá deserto’*, ninguém quer consertar um aparelho antigo. Não é *‘negócio’*!

Para o presidente da SBOT-AM, também não há escassez de ortopedistas no Amazonas, mas admite que a distribuição é bastante heterogênea no estado, já que a maioria está fixada em Manaus e entorno. De acordo ainda com o entrevistado, essa mal distribuição dos especialistas é devida à mal distribuição de infraestrutura:

Vamos botar que o estado do Amazonas deva ter quatro milhões de habitantes, e nós temos aproximadamente 150 ortopedistas ao todo, contando tudo, de 130 a 150, por aí; é uma quantidade bastante aceitável. A distribuição já fica distinta, você imagine: desses 130 eu tenho 110 em Manaus, com dois milhões de habitantes em Manaus. Mas agora o que a gente precisa levar em consideração é que a má distribuição se dá por uma má distribuição de infraestrutura; não só por questão de morar num grande centro, mas o cara não tem onde exercer medicina fora do grande centro; exercer pelo menos a ortopedia de especialidade fora do grande centro é impossível.

A estratégia oferecida pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia para promover a fixação de profissionais nas áreas remotas se dá pela oferta de educação continuada. A interiorização dessa educação continuada é realizada pela seccional nacional da SBOT, com aulas ministradas nos vários centros do país e transmitidas via internet. A regional Amazonas realiza bianualmente, em Manaus, um congresso estadual integrado de ortopedia, além de cursos de formação, também realizados na capital do estado. O entrevistado ressalta que *“não existe nenhum incentivo a não ser a formação; e pra vir pra Manaus, isso corre por conta do especialista que deseja continuar se formando”*.

Em relação a estratégias ou iniciativas que garantam a cobertura de especialistas no interior do estado, principalmente em regiões afastadas do grande centro e áreas remotas, o presidente da SBOT-AM afirma que não existe ação proveniente da Sociedade, e tampouco política pública voltada para isso.

Do ponto de vista da Sociedade não existe nenhuma ação e nem haveria recursos pra isso; do ponto de vista da saúde pública mesmo eu não vejo nenhuma ação nesse sentido; existe um programa de cirurgia itinerante do governo do estado, mas que nunca envolveu ortopedia; o que existe é ação da marinha, o exercito e a marinha tem

uma participação fundamental, eles mantêm um hospital de base sensacional em São Gabriel da Cachoeira, e eles têm ortopedista fixo lá, que é militar, é o que responde por toda aquela calha do norte lá.

Ele reconhece, por fim, que existem iniciativas públicas e privadas, por parte do governo municipal, estadual e federal e da própria ITO-AM, que visam à ampliação do acesso aos serviços especializados e consequente redução das filas de espera por atendimento, por meio de mutirões. A regional Amazonas da SBOT, entretanto, na figura da presidência dele, posiciona-se de forma contrária à realização desses mutirões, por considerar que existe perda do vínculo médico-paciente, além de dificultar o acompanhamento pós-cirúrgico, que em sua visão, deve ser feito pela equipe que realizou a cirurgia, evitando, assim, complicações no pós-operatório.

O fomento que a Sociedade faz é de formar especialistas; nós temos os especialistas aqui, nós só queremos que tragam a estrutura pra gente operar, ou seja, enquanto o mutirão chega aqui com prótese da *Jonhson*, a gente tá trabalhando aqui com próteses de 1500 [reais]; ou seja, manda pra mim o material, a gente tem equipe pra fazer, a gente vai fazer a triagem, vai operar, o mutirão com equipe daqui ainda é melhor do que com equipe de lá, a gente tá aqui, o problema é nosso, a gente resolve aqui.

No tocante ao compartilhamento e ampliação do escopo de prática como forma de aumentar a cobertura de serviço especializado, o entrevistado da SBOT-AM ressalta que o compartilhamento de ações é muito comum em regiões do interior, na capital e em grandes centros, no entanto, é inadmissível

[...] no interior com certeza tem ortopedista anestesiando porque é como se faz, eu mesmo já anestesiei paciente trabalhando no interior; mas não é uma questão de inovação, é uma questão de resolver o problema do necessitado.

De acordo com o entrevistado, o atendimento de ortopedia realizado na atenção básica é o atendimento emergencial.

A atenção básica na nossa área é emergência, não existe atenção básica em ortopedia, não existe ortopedia profilática, nada disso; o que você considera atendimento primário em ortopedia é emergência; e emergência nós temos, o Amazonas eu não tenho nenhum medo de dizer que tem um dos melhores serviços de emergência do Brasil, de forma geral - cirurgia, clínica, ortopedia, nós temos um serviço de emergência muito bom; o nosso problema é a sequencia da urgência, é o atendimento eletivo, aí as filas são grandes.

Segundo o secretário adjunto de Atenção Especializada da Capital, a dificuldade na implantação e manutenção de serviços de urgência e emergência é agravada pela geografia do estado do Amazonas, levando a maioria dos serviços a se concentrarem em Manaus. De acordo com as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência devem contar com, no mínimo, 100 leitos cadastrados no CNES, o que faz com que esse tipo de serviço seja inviabilizado no Amazonas.

Na maior parte dos municípios, se colocar um hospital de 100 leitos, significa 90% de desocupação. Pra gente, infelizmente, a lógica não funciona, a gente tem que ter 3 de 30. A distância geográfica é tão grande que inviabiliza o atendimento de urgência emergência.

Sobre a ampliação do escopo o secretário adjunto de Atenção Especializada da Capital, ainda coloca:

Em relação a essa situação, é indiscutível a necessidade de ampliar. Quer dizer, há a necessidade de outras ações. Por exemplo, quando você olha aquela discussão do diagnóstico, “tem que ser exclusivo...”, como se a gente tivesse patologista sobrando no Brasil! (...) Imagina se a gente teria combatido a malária, como combateu no Amazonas, dependendo de farmacêutico e bioquímico? Imagina ainda se dependesse de patologista? Graças a esses técnicos e foram criados e capacitados que a gente conseguiu.

Ortopedistas

A maioria dos entrevistados atuava em clínica especializada privada com vínculo SUS, eram do sexo masculino e na faixa etária de 47 a 63 anos de idade. Todos eram naturais e residiam em Manaus. O ano de graduação em medicina variou entre 1978 e 1993. Com relação ao local de graduação, todos formaram-se no mesmo município de nascimento. O tempo de atuação nas especialidades pesquisadas variou entre 18 e 34 anos. Apenas um entrevistado possuía título de outra especialidade. Dois entrevistados possuíam experiência na Atenção Primária em Saúde (APS) de um e dois anos, Ortopedistas 4 e 2, respectivamente.

Tabela 21 – Perfil dos ortopedistas entrevistados –Manaus, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4
Cenário da entrevista	Clinica especializada - privada (Não SUS)	Clinica especializada - Pública	Hospital Público	Hospital Público
Vínculo de trab. no estabelecimento onde foi realizada a entrevista	-	Estatutário	Cooperado	Cooperado
Naturalidade/UF	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM
Município de residência	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM
Sexo	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino
Idade	57 anos	63 anos	51 anos	47 anos
Ano de conclusão da graduação	1987	1978	1988	1993
Município/UF de graduação	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM
Tempo de atuação na especialidade	24 anos	34 anos	27 anos	18 anos
Possui outra especialidade	Não	Sim	Não	Não
Tempo de atuação na APS	-	2 anos	-	1 ano

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2016.

Os pacientes atendidos pelos entrevistados provêm majoritariamente de Manaus, entretanto, os médicos atendem também pacientes do interior do estado e de municípios do Pará. Um ortopedista afirma que já atendeu pacientes também provenientes da Venezuela, da Colômbia e do Peru.

Os casos clínicos mais frequentes na prática clínica dos ortopedistas entrevistados diferiram quanto aos que foram entrevistados em consultórios e em pronto-atendimentos. Nas consultas eletivas foram citadas artrose, bursite e lombalgia. As fraturas foram citadas por dois entrevistados como mais frequente nos pronto-atendimentos, sendo que um reforçou a principal causa como sendo os acidentes de trânsito.

Como consequência, os procedimentos mais frequentes são as reduções de fraturas e as cirurgias: “Antes as cirurgias eletivas do estado do Amazonas eram feitas somente em um hospital de Manaus. Hoje em dia todos os hospitais de urgências têm cirurgia eletiva” (Ortopedista 3). O especialista que atuava em um pronto-atendimento infantil citou, ainda, a drenagem de secreções articulares e musculares, decorrentes de piomiosites.

Três, dos quatro ortopedistas entrevistados em Manaus, já participaram de mutirões de atendimento. Um relata que são feitos de acordo com a demanda de procedimentos:

É feito um levantamento dos casos em aguardo de procedimento, é levado para o gestor estadual, identificam os materiais necessários, agrupam por especialidade, no caso os de ortopedia nos sábados e domingos. Por ser algo acordado a frequência desses mutirões vai depender do material disponível, do interesse e da disponibilidade financeira do estado. Às vezes são feitos mutirões de iniciativa da cooperativa, gratuitos, com convidados de fora; comunicando o estado, pois a estrutura a ser utilizada é a pública. (Ortopedista 4)

Um especialista relatou que aconteciam todos os sábados mutirões de cirurgia, mas houve interrupção, após a falta de pagamento do governo: “Como agora o Estado prometeu pagar iremos voltar a atuar, de 15 em 15 dias” (Ortopedista 1). Outro denuncia a mesma situação e conta como estão resolvendo a situação no hospital que trabalha:

Na semana do carnaval fizemos um mutirão dentro do hospital. Não é comum, mas o estado tá sem pagar a gente. Não pagou nenhuma das empresas. Primeiramente não pagou o material de síntese, aí eles retiraram o material de síntese do hospital [a empresa que fornece o material de síntese]. Com isso nós ficamos 45 dias sem cirurgias. Então, de final de novembro até final de janeiro nós ficamos sem cirurgia eletiva. O estado ficou com 115 pacientes internados só neste hospital, aguardando cirurgia eletiva. Aí o que aconteceu? Começou a pagar na época do carnaval. Houve um acordo com o estado e aí nós fizemos um mutirão. Além das cirurgias que já estavam chegando no dia-a-dia, porque nunca para – todo dia entra 5, 6 pacientes novos, no melhor dia; no pior entra 12, 16... de um dia pro outro. Além desses, em uma semana – de segunda a sábado – nós fizemos 35 cirurgias a mais. (Ortopedista3)

Quanto ao acesso da população de áreas remotas ao atendimento especializado, três entrevistados afirmam que a porta de entrada é sempre um hospital que possua pronto-atendimento, em Manaus. Apenas o médico que atua em uma policlínica relata que todos os pacientes atendidos por ele são agendados via SISREG.⁴

[Não existe atendimento eletivo?] Não, a porta de entrada de todos os atendimentos, tanto das áreas afastadas como dos municípios próximos é o pronto-socorro. O pronto-socorro faz a triagem e encaminha para cirurgia, quando tem indicação. Nas filas existe um coordenador pra avaliar se ainda existe a necessidade de cirurgia; *[É*

⁴A sigla SISREG significa “Sistema Nacional de Regulação”. É um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. Fonte: <http://www.saude.mt.gov.br/coreg/pagina/232/sisreg-3>

mais rápido colocar o indivíduo no barco e trazer para um pronto-socorro de Manaus, do que inserir no SISREG e conseguir um encaminhamento?!] Sim! (Ortopedista 4)

Normalmente vai *no postinho* que tem lá no interior, na unidade de saúde, e lá encaminham *pra cá*. O médico que tiver lá. [...] Se for urgência, vem pela urgência. A maioria dos pacientes do interior vem por urgência [...] A maioria das unidades do interior tem esse papel de encaminhamento e o médico de lá preenche. Porque tem médico lá, não tem é o especialista. [...] O SISREG é um sistema falido! Isso não existe, *nê?! Nunca tem vaga!* Agora eu te pergunto: Como que não tem vaga? [...] Todo dia na ortopedia são [atendidos] 180 pacientes, vezes 5 [dias]... Você vai lá no SISREG eles dizem que não tem vaga. É um sistema mal implantado. (Ortopedista3)

Os pacientes que necessitam de cuidados de média e alta complexidade são encaminhados aos hospitais e os acompanhamentos são feitos nos próprios hospitais – quando estes têm serviço de ambulatório – ou em Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) de Manaus.

Quanto à realização de tarefas técnicas para outros profissionais, apenas um relata que delega curativos e imobilizações para técnico de enfermagem, sob supervisão. Os demais não o fazem.

A sobreposição de escopo de prática dos ortopedistas foi apresentada por dois entrevistados: um cita a situação de politraumatizados, onde trabalham em equipe; já o outro cita as sequelas de artrite reumatoide e de hanseníase, bem como síndromes comuns na infância:

[...] artrite reumatoide a gente trata a sequela... Alguns ortopedistas e só às vezes. [...] sequela de hanseníase, alguns especialistas em mão. [...] a pediatria tem muita síndrome que trata junto com a ortopedia. É a que mais tem. (Ortopedista 3)

Dentre os procedimentos que os ortopedistas acreditam que poderiam ser realizados pelos médicos das Unidades Básicas de Saúde, os mais frequentes – citados por todos os profissionais – foram: ‘Prescrever medicamentos anti-inflamatórios intra-articulares/ intramusculares’, ‘realizar o acompanhamento de doenças e traumas ortopédicos em conjunto com o ortopedista’ e ‘solicitar exames de imagem’, sendo que um restringiu esta opção à solicitação de raios-X. Três especialistas afirmaram que o médico da UBS poderia ‘interpretar exames de imagem’, ‘realizar manejo de fraturas’ e ‘realizar manobras de mobilização articular’. Dois assinalaram ‘diagnosticar acometimentos ortopédicos/ osteomusculares comuns’ e ‘tratar acometimentos

ortopédicos/ osteomusculares comuns'. Apenas um ortopedista autorizaria estes profissionais a 'realizar manobras de redução manual de fraturas e luxações' e 'realizar testes ortopédicos (Jobe, Gaveta anterior, Gaveta posterior, etc.). Como sugestão, um dos entrevistados citou 'orientar a correção de postura'. Nenhum dos ortopedistas acredita que o médico da UBS poderia 'orientar e emitir relatório acerca de exames de imagem', 'realizar acompanhamento pré-cirúrgico', 'realizar acompanhamento pós-cirúrgico', 'prescrever órteses' e 'prescrever próteses'.

Como justificativa para restringirem a prática do profissional, os entrevistados apontaram a necessidade de cuidado especializado:

Ele não é especialista. Eu não vou tratar um problema cardíaco se eu não sou cardiologista. Eu não vou tratar um problema neurológico se eu não sou neurologista. Na ortopedia, a mesma coisa. (Ortopedista 2).

Todo mundo sai da faculdade médico, não sai ortopedista. Todo mundo sai clínico, não sai cirurgião geral. Eu até opero uma barriga, por exemplo, mas não é minha especialidade. Com certeza o paciente vai ter mais chance de morrer se eu operar *ele*. Mesmo que eu tenha saído ontem da faculdade, eu até conseguiria fazer uma apendicite, um *negócio* assim, mas se complicar eu não consigo fazer. Então o certo é não fazer, *né?! [...]* porque você pode complicar uma coisa que seria simples. (Ortopedista 3)

Um dos entrevistados conta que os médicos da UBS não tratam muitas vezes os pacientes com problemas ortopédicos pela pressão dos pacientes. Neste caso, acabam encaminhando ao especialista:

[...] muitos casos de lombalgia. Porque, a princípio, a lombalgia tem que ser tratada pelo clínico. Só um caso mais complicado é que ele precisa mandar pro ortopedista. Mas mandam qualquer caso de lombalgia, porque o próprio paciente faz muita pressão. [...] Você faz um exame físico no paciente, você pede um raio-X e ele diz na sua cara assim: "Ah, raio-X não vai mostrar nada. Eu quero que você peça uma ressonância". Ele já te pressiona a isso. Mas não é o paciente que pede o exame, é o médico que vai ver o exame que o paciente precisa. Mas isso é difícil colocar na cabeça deles. Às vezes tem muito atrito médico-paciente por causa disso aí. (Ortopedista2)

Quanto à atuação do fisioterapeuta, dois ortopedistas afirmaram que estes profissionais não deveriam realizar nenhum dos procedimentos apresentados, alegando que não são profissionais habilitados para tal, uma vez que são procedimentos médicos. Dois afirmam que eles poderiam 'realizar acompanhamento pós-cirúrgico', 'prescrever

órteses’, e ‘realizar encaminhamento do paciente a outros especialistas. Os procedimentos ‘realizar manejo de fraturas (preparação do membro, imobilização, etc.)’, ‘realizar testes ortopédicos’, ‘solicitar exames de imagem’ e ‘solicitar exames laboratoriais’ foram assinalados por apenas um profissional.

A atuação dos técnicos com formação em imobilização ortopédica foi autorizada por todos os entrevistados, estando condicionada à supervisão direta de um ortopedista. As atividades desempenhadas são: ‘aplicar aparelhos gessados e enfaixamentos’, ‘retirar aparelhos gessados e enfaixamentos’, ‘auxiliar o médico no preparo de trações cutâneas’, ‘auxiliar o médico na execução de trações cutâneas’, ‘auxiliar o médico na instalação de trações esqueléticas’ e ‘auxiliar o médico nas manobras de redução manual de fraturas e luxações.

Oftalmologistas

A maioria dos entrevistados atuava em clínica especializada privada com vínculo SUS, eram do sexo masculino e na faixa etária de 50 a 60 anos de idade. Todos residiam em Manaus, sendo que apenas dois eram naturais desta cidade.

O ano de graduação em medicina variou entre 1974 e 2014. Com relação ao local de graduação, apenas dois formaram no mesmo município de nascimento, um formou em municípios diferentes, mas no mesmo estado e os outros três em estados diferentes.

Tabela 22 – Perfil dos oftalmologistas entrevistados –Manaus, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4	5	6
Cenário da entrevista	Hospital Público (sus)	Hospital Público (sus)	Consultório Isolado	Clínica especializada - privada (sus e não sus)	Clínica especializada - privada (sus e não sus)	Hospital especializado privado (sus e não sus)
Vínculo de trab. no estab. onde foi realizada a entrevista	Estatutário	Estatutário	Autônomo	Sem tipo especificado	Sem tipo especificado	Bolsista
Naturalidade/UF	Manaus/AM	Parintins/AM	Fortaleza/CE	Manaus/AM	São Paulo/SP	Belém/PA
Município de residência	Manaus	Manaus	Manaus	Manaus	Manaus	Manaus
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	56 anos	69 anos	51 anos	52 anos	56 anos	29 anos
Ano de conclusão da graduação	2000	1974	1988	1988	1987	2014
Município/UF de graduação	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM	Manaus/AM	Belém/PA
Tempo de atuação na especialidade	15 anos	40 anos	20 anos	28 anos	26 anos	2 anos
Possui outra especialidade	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
Tempo de atuação na APS	3 anos	-	-	-	Sim, não falou o tempo	-

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2016.

O tempo de atuação nas especialidades pesquisadas variou entre 2 e 40 anos, sendo o maior tempo de atuação de um dos professores universitários (Oftalmologista 2). Apenas em entrevistado possuía título de outra especialidade (Medicina do Trabalho). Apenas dois dos entrevistados possuíam também alguma experiência na Atenção Primária em Saúde (APS) (Tabela 22).

Para todos os oftalmologistas que atuam em clínicas especializadas a principal demanda para atendimento oftalmológico são os problemas de refração (Oftalmologistas 3,4,5 e 6), que representam entre 70% (Oftalmologista 6) e 90% (Oftalmologista 3) dos atendimentos. Além disso, estes profissionais citaram a procura de pacientes devido às conjuntivites, à catarata precoce, ao glaucoma, à retinopatia diabética, algumas cirurgias refletivas e casos de subespecialidade, relacionadas, por exemplo, à retina. Segundo um dos entrevistados, que atua tanto em clínica especializada privada quanto em policlínica pública, o perfil de agravos atendidos nestes locais é semelhante (Oftalmologista 4). Já no ambiente hospitalar, os casos clínicos e agravos de saúde mais frequentes são as cirurgias de catarata e de pterígio, embora no ambulatório geral todos os tipos de patologias sejam observadas (Oftalmologista 2).

Três entrevistados citaram o problema da incidência do sol para o desenvolvimento precoce de doenças oftalmológicas na região, dos quais um destacou ainda o papel da hereditariedade no desenvolvimento de pterígio:

Catarata, pela incidência de luz, nós estamos aqui na linha do Equador, a maior incidência aqui é catarata e pterígio - aquela carinha que cresce no olho. O ser humano vive no máximo a 35 graus, aqui, no verão (*faz*) 45, com sensação de 50. Quem é pescador, quem é agricultor, não aguenta. A média mundial do catarata é 65 anos para cima, aqui, com 50 pescador tem. A média estadual é de 60 anos. (Oftalmologista 1)

Catarata e pterígio são as cirurgias mais procuradas. Cataratas precoces por causa do sol. A gente sabe que é precoce porque acontece com 40, 50 anos de idade. O pterígio no Amazonas é uma doença que se cura cirurgicamente, é uma doença que causa cegueira. [...] aqui por causa da incidência do sol, muito intensa e pessoas que trabalham de sol a sol, no interior por exemplo, leva à perda da visão. (Oftalmologista 2)

Conjuntivites, catarata, porque nós estamos bem na linha do equador, então tem catarata precoce. Pterígio tem demais, tanto pela exposição solar quanto pela hereditariedade. (Oftalmologista 4)

Quanto aos procedimentos que realizam com maior frequência, os entrevistados que atuam em clínicas citaram, além dos procedimentos para avaliar a refração, a fundoscopia, a tonometria, a curva tensional, apaquimetria, a retinografia e a angiografia. Quanto a procedimentos cirúrgicos, citaram que cerca de 80% são procedimentos de segmento anterior (catarata, glaucoma) e 20% de segmento posterior (retina), além do pterígio. Em ambiente hospitalar, os entrevistados citaram, adicionalmente, a realização de correção estética de estrabismo, cirurgias devido à retinopatia diabética e transplante de córnea, realizado no serviço público apenas pelo Hospital Universitário (Oftalmologista 2).

Com relação à origem dos pacientes atendidos pelos especialistas, a maioria é proveniente de Manaus e área metropolitana, porém os entrevistados relataram que também atendem pacientes do interior do Amazonas e de outros estados, como Acre, Rondônia, Roraima e Pará (Oftalmologistas 1,3, 4 e 6). Segundo os entrevistados, pacientes do interior de estados vizinhos preferem ir para Manaus que para a capital destes estados, como o que ocorre com pacientes de Santarém, no Pará: “Eles acham melhor vir pra cá do que Belém” (Oftalmologista 4). Nestes casos, percebeu-se que a logística de deslocamento via pluvial é um importante aspecto para a demanda por serviços de saúde, bem como para a prestação destes serviços.

A gente pergunta a procedência e ele diz – Ah sou do município tal, sou do outro lado do rio [...] tem cidades aqui que [o acesso é a] 10 dias de barco. Tocantins, Carauari que eu já vi aqui, do Pará vem, pessoal de Santarém. (Oftalmologista 1)

Muita gente da região do baixo Amazonas, de Santarém, vem pra cá, até pela proximidade geográfica. O acesso é mais fácil para eles virem pra cá, pra capital do Amazonas do que para Belém do Pará, mesmo ele sendo Paraense. (Oftalmologista 6).

Neste contexto, o interior do Amazonas possui poucos especialistas, como descrito pelos entrevistados: “O interior é totalmente desassistido de oftalmologia” (Oftalmologista 5) e “Dos 180 oftalmologistas que tem em Manaus só quatro estão no interior” (Oftalmologistas 2). Aspectos citados como justificativa para esta falta de especialistas no interior foram o acesso, a infraestrutura e os altos custos dos equipamentos:

O problema aqui é o acesso. Por exemplo. Eu quero ir para Santa Izabel do Rio Negro, de barco eu acho que dá uns oito dias, de avião eu gasto duas horas e meia a três [...]. O acesso é muito ruim, as cidades às vezes não têm medicação, a maioria não tem, então o profissional não gasta e a farmácia não tem. Então a gente tem que ir com tudo pra lá. (Oftalmologista 1)

O oftalmologista 4 completa: *“Nós temos essa dificuldade de distância remota, e não tem como. A pessoa tem que sair de lá e vir pra cá”*.

Assentar médicos no interior é complicado, ainda mais especialistas e muito mais sub-especialistas, que tem que levar o equipamento. Eu sozinho não posso fazer nada em termos de oftalmologia. Pra mim passar um simples óculos eu tenho que ter equipamento e esses equipamentos são caros.[...] Para montar um centro cirúrgico eu tenho que ter no mínimo um milhão de reais. Aí a gente necessita de mutirões. (Oftalmologista 2)

O encaminhamento de pacientes para atendimento oftalmológico no SUS ocorre por meio por meio de agendamento de consultas eletivas por uma central reguladora – via Sistema SISREG. Alguns entrevistados citaram que existe um número de atendimentos/dia que devem ser feitos, uma “cota”, de 16 a 28 pacientes/dia (Oftalmologistas 1, 5, 6) e 12 pacientes/turno por especialista (Oftalmologista 4). Também foram citadas “cotas” para atendimento cirúrgico.

As críticas dos entrevistados ao sistema de regulação e encaminhamento envolveu a falta de vínculo entre o paciente e o médico, já que em cada atendimento o paciente pode ser alocado para um local diferente; o valor pago pelo SUS às clínicas para realização de procedimentos; o elevado tempo para conseguir uma consulta eletiva (cerca de três meses) e uma cirurgia (um a três anos); a necessidade de aumentar o número de cotas de acordo com a incidência das doenças e a otimização deste cálculo para permitir maior aproveitamento dos profissionais, o qual não permite, por exemplo, o encaixe de pacientes faltosos. Alguns destes pontos podem ser ilustrados nas seguintes falas: *“A gente não tem vínculo nenhum, eles agendam e todos os dias nós temos 16 pacientes aí por cada médico, aleatório”* (Oftalmologista 1).

A nossa cota aqui é de 28. A gente só faz 12, 13. Não tenho interesse. Eles vêm oferecer umas coisas e não tenho interesse. Faço cinco cataratas/mês tudo direitinho, com a melhor lente que você possa imaginar. Tudo com prejuízo. (Oftalmologista 5)

Pelo SISREG eles marcam só 12, o especialista só tem 12 pacientes. [...] O que acontecia: Antes do SISREG eu atendia 20, aí se faltava 17,

aí a gente deixava o pessoal de encaixe, para dar os 20. Aí sempre ficava um ou dois na tentativa. [...] Hoje são só os 12, não vem ninguém pra se encaixar. Aí faltou seis, porque pode acontecer, uma chuva, alguma coisa, não tem mais. [...] O SISREG limitou o número de consultas, o número de exames e limitou o número de cirurgias. Então antes do SISREG eles (*os pacientes*) se operavam mais. As clínicas podiam negociar, ela tinha um teto financeiro só. Mas dentro desse teto financeiro ela poderia fazer tantas cirurgias, aí dava-se prioridade para fazer cirurgia da coisa mais importante que tem, do catarata, do glaucoma, as de retina. [...] Aqui, 45, 50, 55 anos tá todo mundo com catarata, e pterígio tem demais. Deveriam aumentar a cota de cirurgia de acordo com a área de incidência. Como aqui é alta incidência então deveriam aumentar também a cota de cirurgia. Aí mantém a mesma cota lá do Sul pra cá. Aí tem fila de espera de um ano, dois anos, três anos. (Oftalmologista 4)

Sobre a participação em mutirões em Manaus e no interior, os oftalmologistas 1, 2, 3 participam regularmente de mutirões, em média um por ano. O oftalmologista 4 já participou no passado de os outros dois não participam de mutirão – sendo que um deles é residente e possui experiência em acompanhar o pré-operatório dos pacientes nas cidades que receberão o mutirão.

Os oftalmologistas 1 e 2 relataram que os mutirões de catarata iniciaram no governo do Fernando Henrique Cardoso como campanha de catarata e que em seguida se tornou um programa nacional. Segundo o Oftalmologista 1 são 500 mil cirurgias feitas de janeiro a dezembro no Brasil inteiro. No Amazonas existem mutirões realizados por profissionais de forma isolada, por consórcio de profissionais e aqueles organizados pelo Instituto de Oftalmologia em parceria com a Universidade local (Oftalmologista 2).

Sobre o funcionamento do mutirão realizado em parceria com a Universidade, o oftalmologista 2 relatou que: “Nós pegamos a Universidade, nos associamos à Escola Paulista de Medicina, algumas fundações que têm interesse, nós fizemos então o mutirão, trazendo médicos da melhor qualidade do Sul e nós aqui de Manaus”. Este mutirão é o único de um grupo público e a equipe realiza em torno de mil cirurgias por ano, sendo que a necessidade no interior do Amazonas é de seis mil por ano. A Secretaria de Estado da Saúde define o município que receberá o mutirão e o levantamento do número de cirurgias que serão realizadas, bem como o pré-operatório dos pacientes são atividades desempenhadas pelos residentes R2. Em seguida, os oftalmologistas e residentes R3 realizam as cirurgias e depois mantêm geralmente um

profissional no município por quatro dias e residentes R2 por duas semanas para acompanhamento do pós-operatório. Finalmente, o cirurgião retorna após 15 a 20 dias para finalizar o processo. Se houver alguma complicação o paciente é encaminhado para tratamento em Manaus (Oftalmologista 2, 3 e 6). Quanto ao financiamento, o Ministério da Saúde paga R\$643,00 pela cirurgia, o Estado fornece o hospital da região e o município fornece a alimentação e a hospedagem da equipe (Oftalmologista 2).

Um dos médicos que não participa de mutirões criticou a realização destes, citando que o risco de complicações é maior em casos de mutirão devido à baixa qualidade dos materiais e tecnologias utilizadas:

Mutirão é complicado. São muitas receitas, eu falo com meus pacientes, é muito difícil você fazer uma cirurgia com 500, 600 reais. Você vai usar os piores produtos, as piores tecnologias, [...] e vai acontecer o quê, um paciente que é operado pelo mutirão vai ter provavelmente complicações muito maiores do que quando você faz uma cirurgia em um serviço que tem um produto melhor. (Oftalmologista 5).

Outra ressalva foi feita nos casos de oftalmologistas que circulam sozinhos no interior e realizam mutirões por conta própria, pois segundo ele os pacientes ficam sozinhos e desacreditam no projeto e aí quem padece “é os que fazem direito”: *“Tem colegas que vão sozinhos para operar. Isso aí é uma coisa ruim. Sem a credibilidade eles (os pacientes) não operam! Eles preferem ficar cegos. É complicado isso”*. (Oftalmologista 2)

Sobre o acompanhamento de pacientes que necessitam de cuidado prolongado, os entrevistados relataram que quem faz o procedimento é que acompanha o paciente. O profissional de uma clínica privada com vínculo SUS relatou que:

A cirurgia termina na alta. O médico que opera e passa pro outro ele não é médico. Muito complicado essa história de você trabalhar com *ghost*. Você sabe o que é *ghost*? Um fica operando e o outro acompanhando. Tem muito isso em Minas, em Brasília, aqui não tem *ghost* – fantasma. Quem faz acompanha. (Oftalmologista 5)

Ao serem questionados sobre os casos da oftalmologia que poderiam ser resolvidos na UBS, os oftalmologistas ressaltaram que a oftalmologia é dependente de tecnologia e de equipamentos, além da necessidade de treinamento, do risco de complicações e da elevada demanda que já existe na UBS para que se aumente a carga de trabalho. As seguintes falas ilustram estes argumentos:

É uma especialidade que depende de aparelhos, é uma especialidade que depende de você ter o aparelho para você dar um diagnóstico correto. Nem todo olho vermelho é conjuntivite. Olho vermelho pode ser conjuntivite, pode ser glaucoma, pode ser uveíte, como é que você vai diferenciar? Através dos aparelhos e eles (*médicos da APS*) não sabem manusear isso. [...] Não tem como dar diagnóstico preciso e há o risco de complicações, por exemplo, se houver prescrição de corticoide quando o paciente tem uma úlcera. (Oftalmologista 4)

Os procedimentos que não podem ser feitos por médicos da atenção básica, são pela necessidade de treinamento, a saúde ocular não é brincadeira. O volume de conhecimento é muito grande, precisa de formação especializada. (Oftalmologista 3)

Sabe por quê? As UBS elas atendem os programas de saúde [...] então ela não vai fazer isso, porque a demanda é grande. No posto a gente toca os programas. Hoje só tem hipertenso, aí você vê, controla, dá a medicação. (Oftalmologista 1)

O oftalmologista 5 acrescenta: “*Você forma o cara (médico da UBS) pra tocar protocolo*”.

Entretanto, de uma maneira geral concordaram que existem atividades que poderiam ser realizadas, tais como ‘diagnosticar e tratar infecções oculares comuns’ (OF 1, 2, 3, 5, 6). Um deles citou que efetuava esta atividade quando atuava como médico da atenção primária: “As conjuntivites, as infecções ele pode fazer.[...] Tinha uma época que eu estava na UBS que tinha o colírio antibiótico, aí você dava.” (Oftalmologista 1).

Outras atividades relatadas por pelo menos três dos entrevistados foram realizar teste de acuidade visual, teste de motilidade ocular, tonometria, e prescrever medicamentos tópicos de uso ocular. Quanto à remoção de corpo estranho da córnea, três citaram que os médicos da UBS poderiam realizar este procedimento, porém dois ressaltaram que essa atividade só poderia ser feita em casos de corpo estranho superficial: “Se for corpo estranho, traumatismo perfurante é urgência. A urgência tem atendimento aqui (*Em Manaus*). [...] Tem que encaminhar” Oftalmologista 1. Ressalvas também foram feitas para a atividade de ‘diagnosticar doenças mais prevalentes, como glaucoma e catarata’. Neste caso, dois especialistas disseram que o diagnóstico de catarata poderia ser realizado, porém a detecção seria apenas nos casos já avançados por questões relacionadas à falta de aparelho específico. Esta limitação também se refere ao glaucoma: Segundo o entrevistado 2, embora seja fácil medir a pressão ocular e dizer se esta está aumentada, o médico da UBS não consegue ver a escavação na papila do disco

ótico para fechar o diagnóstico. A realização de exame de fundo de olho também foi citada por dois especialistas e um terceiro afirmou que o médico poderia fazer o exame e identificar as alterações, mas encaminhar para o diagnóstico para um oftalmologista, já que o diagnóstico depende de conhecimentos especializados (Oftalmologista 2).

Dois entrevistados acreditam que os médicos da APS poderiam realizar o pré-operatório de cirurgias, e que estes inclusive já realizam esta atividade, solicitando exames de sangue e outros exames “básicos”. Já as atividades de ‘realizar teste de refração’ e ‘prescrever medicamentos intravítreos de uso ocular’ foram citadas por apenas um entrevistado.

Considerando a optometria, todos os seis entrevistados se posicionaram contra este profissional. Dentre os motivos pelos quais eles ressaltaram que o optometrista não poderia realizar as atividades propostas no questionário a formação insuficiente foi citada por vários entrevistados, como o que citou “O desconhecimento de patologias sistêmicas e localizadas que afetam a refração” (Oftalmologista 4).

Eu sou contra o optometrista. O Brasil está querendo aprovar a optometria, nos Estados Unidos funciona bem, o optometrista lá tem faculdade de optometria, ele só passa óculos e lente de contato. Pra cá, eu acho que não vinga porque não é sério, tem que ter uma cultura médica muito grande, porque nem tudo é do olho. Você chega com dor de cabeça, às vezes não é do olho, então tem que saber a clínica médica para poder dar o diagnóstico. Eu tenho muito paciente com dor de cabeça, aí eu olho e é um quadro alérgico. Trata o quadro alérgico, fica bom. (Oftalmologista 1)

O paciente não é uma refração, ele é um inteiro, ele tem a córnea, ele tem o vítreo, aí pode ter patologia na córnea, no vítreo. Ele [optometrista] não sabe, ele não tem conhecimento disso. Aí ele vai lá e passa os óculos. (Oftalmologista 4)

Além disso, eles argumentaram que é no momento que o paciente procura o oftalmologista para a prescrição ou adaptação de óculos/lentes que se diagnosticam outras doenças oftalmológicas ou doenças sistêmicas que afetam a visão. “Todo paciente chega pra você na troca do óculos. Ele vem dizer pra você que a visão piorou por causa do óculos, aí que você vai descobrir que pode ser complicações de uma série de doenças” (Oftalmologista 5).

Neste sentido, argumentaram que os optometristas não estão qualificados para esta prática, de exame ocular, mas apenas para a prescrição de óculos:

A optometria é um curso que as pessoas fazem com o objetivo de adaptar órteses e próteses: óculos, ou lentes de contato. Eu acho que a prescrição de óculos é um componente do exame oftalmológico. No momento que o optometrista faz o exame ele só vai fazer só o olho, ele sabe muito bem passar óculos, aliás, tem um aparelho que passa sozinho, o auto-refrator. [...]. (Oftalmologista 2)

Se a glicemia tiver até 150, você pode passar os óculos, se a diabetes tiver acima de 150, 300, 400, o óculos sai todo errado. Quer dizer, não é o óculos, tu entendeu? Aí o optometrista ele vai lá e passa o óculos, então isso também já aconteceu. (Oftalmologista 4)

Segundo o entrevistado 2, o problema é que, para 99% das pessoas aos 40 anos inicia-se a perda da acuidade visual de perto e o aumento da pressão intraocular. Como este último é assintomático, só é possível detectar esta alteração no momento do exame para óculos. “- Doutor, não consigo enxergar de perto. Aí você faz o exame, prescreve o óculos, que o optometrista também prescreveria, mas aí é a oportunidade de você medir a pressão e ver o fundo do olho” (Oftalmologista 2).

A oftalmologista 4 acrescenta: “Se todo mundo não tivesse nenhuma doença, aí dava para ele (*optometrista*) fazer a refração, mas existem as enfermidades, porque o olho não é isolado [...] e ele sofre a influência de doenças sistêmicas e aí atrapalham a refração”.

Finalmente, foi possível observar que a prática independente do optometrista não é aprovada pelos oftalmologistas. Um deles comparou a prática destes profissionais ao das parteiras: “Eu acho que optometria no Brasil já tá sendo, como por exemplo, a parteira, que trabalha junto com o obstetra, os casos mais simples, a parteira faz. [...] Deveria ser sob a responsabilidade de um oftalmologista” (Oftalmologista 2).

Quando questionados sobre o trabalho em conjunto a outros profissionais não-médicos os entrevistados citaram o auxílio de enfermeiros, técnicos e recepcionistas. Segundo o entrevistado 1: “A enfermeira é o braço direito” (Oftalmologista 1). As atividades que este profissional desempenha são relacionadas à triagem: entrevista o paciente com questionário padronizado, aferir pressão, medir glicemia e participar da discussão da parte ocular. Já o entrevistado 2 disse que “As enfermeiras na área de oftalmologia tem uma noção muito boa em ler e examinar laudos de exames; prescrever cuidados pré e pós-operatórios aos pacientes e orientá-los”.

Quanto às recepcionistas, o entrevistado 3 citou que “As recepcionistas são treinadas para realizar procedimentos simples”. O entrevistado 6 citou os profissionais

de enfermagem e técnicos realizam exames de campo visual sob supervisão. O entrevistado 5 ressaltou que “O profissional de saúde do nível superior é administrador da equipe” e que treina ele técnicos para realizar os testes mais simples:

Os movimentos repetitivos você passa pra um técnico. A função do médico não é fazer exame. É interpretar o exame. O difícil é você interpretar. Fazer, se eu te treino direitinho, você faz. Eu sei quando está bem feito. As pessoas aqui estão há dez anos comigo, entram como jovem aprendiz e vai crescendo até a faculdade. (Oftalmologista 5).

Médicos de UBS

Seis médicos de UBS foram entrevistados durante o campo em Manaus, a maioria era do sexo masculino, todos com idade acima de 30 anos. Um era venezuelano e cinco eram brasileiros. Entre estes, um era natural de município do mesmo estado onde foi realizada a entrevista, três do próprio município e um de outro estado. Todos residiam no município pesquisado. Com relação à graduação, apenas o entrevistado estrangeiro não graduou no município pesquisado (Tabela 23).

Tabela 23 – Perfil dos médicos de UBS entrevistados – Região de Manaus, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4	5	6
Naturalidade/UF	Manaus – AM	Boca do Acre – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Tocantins – MG	Barinas – Venezuela
Município de residência	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino
Idade	39	39	41	44	60	33
Ano de conclusão da graduação	2004	2003	2003	2000	2007	2010
Município/UF de graduação	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Manaus – AM	Caracas – Venezuela
Tempo de atuação na APS	11 anos	13 anos	12 anos	16 anos	5 anos	6 anos
Tempo de atuação na UBS onde foi realizada entrevista	11 anos	2 anos	3 anos	3 anos	3 anos	2 anos
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40	40	40*	40*
Vínculo de trab. na UBS onde foi realizada entrevista	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Bolsista	Bolsista
Possui título de especialista	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Possui outro trabalho	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim

*Estão incluídas as horas dedicadas ao curso de especialização em Saúde da Família oferecida aos bolsistas do Mais Médicos e do PROVAB.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2016.

O tempo de atuação na APS variou de 5 a 16 anos e o tempo de atuação na UBS visitada variou de 2 a 11 anos. Dois médicos eram bolsistas do ‘Programa Mais Médicos’ e os demais eram estatutários. Apenas um não possuía título de especialista. Quatro dos entrevistados declaram possuir outro trabalho, um em outra UBS e três em

hospitais. Destes, um atua como bioquímico, cuja formação em farmácia antecedeu à de médico (Tabela 23).

Quanto às atividades de ortopedista abordadas no questionário, todos os médicos da UBS afirmam realizar tratamento de lombalgia. Assim como no campo da região de Petrolina e Juazeiro, os especialistas de Manaus também destacaram a lombalgia como queixa frequente encaminhada por médicos da atenção primária em saúde. A imobilização de fraturas é feita por apenas um deles; quatro afirmaram saber realizar, mas não o fazem na UBS, enquanto um não sabe.

Quanto às atividades específicas da oftalmologia, o atendimento às queixas de diminuição da acuidade visual é desempenhado por quatro profissionais; um afirma que não realiza, mas sabe fazer e um não sabe fazer. A triagem de acuidade visual é realizada por quatro entrevistados; um afirma que não realiza, mas sabe fazer e um não sabe fazer. O atendimento de queixas de olho vermelho é realizado por cinco profissionais; um relata saber fazer, mas não o faz na UBS.

Na percepção dos médicos da APS, de maneira geral, algumas atividades e procedimentos atualmente desempenhados por ortopedistas e oftalmologistas poderiam ser realizados nas UBS, como o teste de refração e a fundoscopia. Um dos entrevistados mostrou-se resistente quanto a esta questão: *“Eu não tenho essa visão não, eu acho que o especialista tem o seu papel e eu tenho o meu”* (Médico 2).

Sobre a possibilidade de realizarem infiltração anestésica intra-articular no Brasil – como já ocorre em áreas remotas e desassistidas do Canadá – cinco dos entrevistados afirmaram que estariam dispostos, mediante treinamento específico, suporte dos gestores e material adequado. Apenas um não estaria disposto, alegando que não seria possível fazer um diagnóstico preciso: *“Eu acho que eu não tenho como fazer um diagnóstico diferencial, através de exames laboratoriais, exames de imagem. Seria um ‘chutômetro’. Não seria uma abordagem integral”* (Médico 2).

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, três avaliaram como ‘muito ruim’, dois avaliaram como ‘ruim’ e um avaliou como ‘nem ruim, nem bom’. Novamente houve destaque para a ortopedia, como especialidade de difícil encaminhamento. Os motivos para as avaliações negativas incluíram: tempo alto de espera, não existência de contrarreferência, a baixa resolutividade e a não responsabilização das cooperativas pelos pacientes encaminhados:

A cooperativa [...] ele não vai ver aquela pessoa nunca mais! É diferente de mim, que tenho que ver ele toda semana! [...] Então ele lava as mãos de imediato. Não tem continuidade! Não tem resolutividade! [...] E é toda cooperativa assim. Ela induz a isso. Ela induz a jogar tudo *pras* casinhas. (Médico 5)

Este médico exemplificou a desresponsabilização da atenção especializada com o caso de uma paciente de aproximadamente 13 anos de idade que, com dor no joelho, buscou atendimento em um pronto socorro por diversas vezes. Após episódios repetidos de tentar resolver o problema de forma paliativa, com anti-inflamatórios, foi solicitado um hemograma que identificou leucemia gravíssima, mas não havia sequer orientação ou contato com a paciente. Antes disso, a jovem já havia passado pelo dentista, que não atentou à coloração de suas mucosas.

[...] Uma criança foi no dentista, numa policlínica. Aí o dentista foi tentar fazer um canal e não conseguiu. E a criança reclamando de dor na perna! Ela foi quatro vezes no hospital reclamando de dor no joelho, dor no joelho, dor no joelho. [...] Por coincidência eu *tava* trabalhando no laboratório, fazendo os exames. Apareceu esse hemograma *malucão* lá. A bioquímica desesperada querendo saber o endereço. Era uma leucemia gravíssima! Um leucócito de 80.000 [...] Ela foi quatro vezes no pronto socorro. *Tacavam* Ibuprofeno e mandavam pra casa. Ela tinha 13, 14 anos [...] Por coincidência eu trabalhava lá perto, aí mandaram pra eu atender essa criança, como um extra: – “Ah, tem uma criança ali que ninguém quer atender. Veio mostrar um exame!” Quando eu abro o exame, não era aquele hemograma?! A menina foi cair na minha mão! Gente, quando ela abriu a boca, não precisava de mais nada ali! Não precisava nem de um hemograma! Na hora que ela abriu a boca, você viu a gengiva da menina, já *tava* praticamente definido! Ela passou por 4 profissionais. Isso é uma coisa inadmissível!!! E a queixa dela de dor no joelho... Parece aquela coisa patética... Escrito na testa!!! Isso não é normal numa criança de 12, 13 anos [...] Então não adiantou ter especialista lá na ponta [...] Ele sabe que não vai ver aquela pessoa nunca mais na vida, né?! Aí é fácil! (Médico 5)

Gestores de UBS

Todas as gestoras entrevistadas eram do sexo feminino, com idade entre 34 e 45 anos. Duas eram formadas em enfermagem, uma com especialização em Obstetrícia/Saúde da Mulher e a outra em Saúde da Família e Gestão Pública Municipal. A terceira gestora formada em Serviço Social não possuía título de

especialista na ocasião da pesquisa. As três estavam no cargo de gestoras das UBS há três anos. O tempo de atuação das entrevistadas na APS variou de 3 a 23 anos. (Tabela 24).

Tabela 24– Perfil dos gestores de UBS entrevistados – Região Entorno de Manaus, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	34 anos	52 anos	45 anos
Tempo de atuação na APS	3 anos	23 anos	17 anos
Tempo de atuação na UBS	3 anos	4 anos	3 anos
Tempo de atuação como gestor da UBS	3 anos	3 anos	3 anos
Formação	Enfermagem	Enfermagem	Serviço Social
Possui título de especialista	Sim	Sim	Não

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2016.

As três entrevistadas concordam que ‘a atenção primária seria mais eficiente se os profissionais de saúde ampliassem suas atividades clínicas’. Apenas uma das gestoras não concorda que ‘para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessária uma qualificação específica’, alegando que os profissionais já são qualificados, já que a maioria dos profissionais que atuam na UBS possui título de especialista (Gestor 1).

As três entrevistadas concordam que ‘algumas atividades executadas por médicos em centro de especialidades poderiam ser realizadas por médicos da atenção básica na UBS’ e que ‘a expansão das atividades de médicos da atenção primária poderia compensar a escassez de médicos especialistas’, uma, no entanto com ressalvas afirmando que não poderia compensar, mas sim complementar, “(...) *igual ao NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família], que são um grupo de especialistas que complementam o trabalho da ESF [Estratégia de Saúde da Família]*” (Gestora 3). Outra gestora já destacou que esta expansão poderia contribuir para desafogar os prontos socorros (Gestora 1).

Duas gestoras concordam que ‘cada município deveria ter autonomia para definir protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde na atenção básica’. A única que discordou defende que deve existir um protocolo geral para todos os municípios (Gestora 1). Esta também concorda com a próxima afirmativa de que o ‘Ministério da Saúde deveria definir os protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde da atenção básica’.

Sobre quem deveria ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde, se o Conselho Profissional ou Ministério da Saúde as opiniões foram diversas; enquanto uma afirma que ambas deveriam ter um “*peso*”, mas não a palavra final (Gestora 2), uma afirma que a palavra deveria ser do Ministério da Saúde (Gestora 1) e a outra que deveria ser do Conselho (Gestora 3). Já se ‘para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessário mudar a Lei de exercício de cada profissão’, apenas uma discorda.

Foi solicitado aos gestores que citassem alguns casos clínicos da oftalmologia e da ortopedia que poderiam ser tratados por médicos nas UBS. As entrevistadas não citaram casos clínicos concretos que poderiam ser resolvidos na atenção básica, no entanto, a questão da falta de estrutura física e material foi apontada, a exemplo do raio-X – no caso da ortopedia – que, se disponível, poderia contribuir para redução de encaminhamentos. No que diz respeito à oftalmologia uma das gestoras citou que seria possível fazer a avaliação de acuidade visual que atualmente só é realizado nas escolas, outra gestora enfatiza, novamente, que o papel da atenção básica é de prevenção:

Eu acredito que todas as especialidades elas podem ter a redução do seu agravo na atenção primária. No caso específico da oftalmologia a identificação de diagnóstico precoce em crianças, através do programa saúde na escola, podem prevenir situações de agravo. [...] Se você for pensar na ortopedia, seriam trabalhos preventivos, com casos de obesidade. [...] O papel do Terapeuta Ocupacional e do Fisioterapeuta nas escolas, verificando peso da mochila e postura correta na sala de aula. (Gestora 3).

Com relação às vantagens da expansão das atividades profissionais da UBS para a gestão, as entrevistadas citaram a melhoria da resolutividade da atenção básica. Já com relação às desvantagens, duas acreditam que não existem e uma enfatizou que a única dificuldade seria manter essa expansão, principalmente diante da falta de recursos humanos, de material e infraestrutura (Gestora 2).

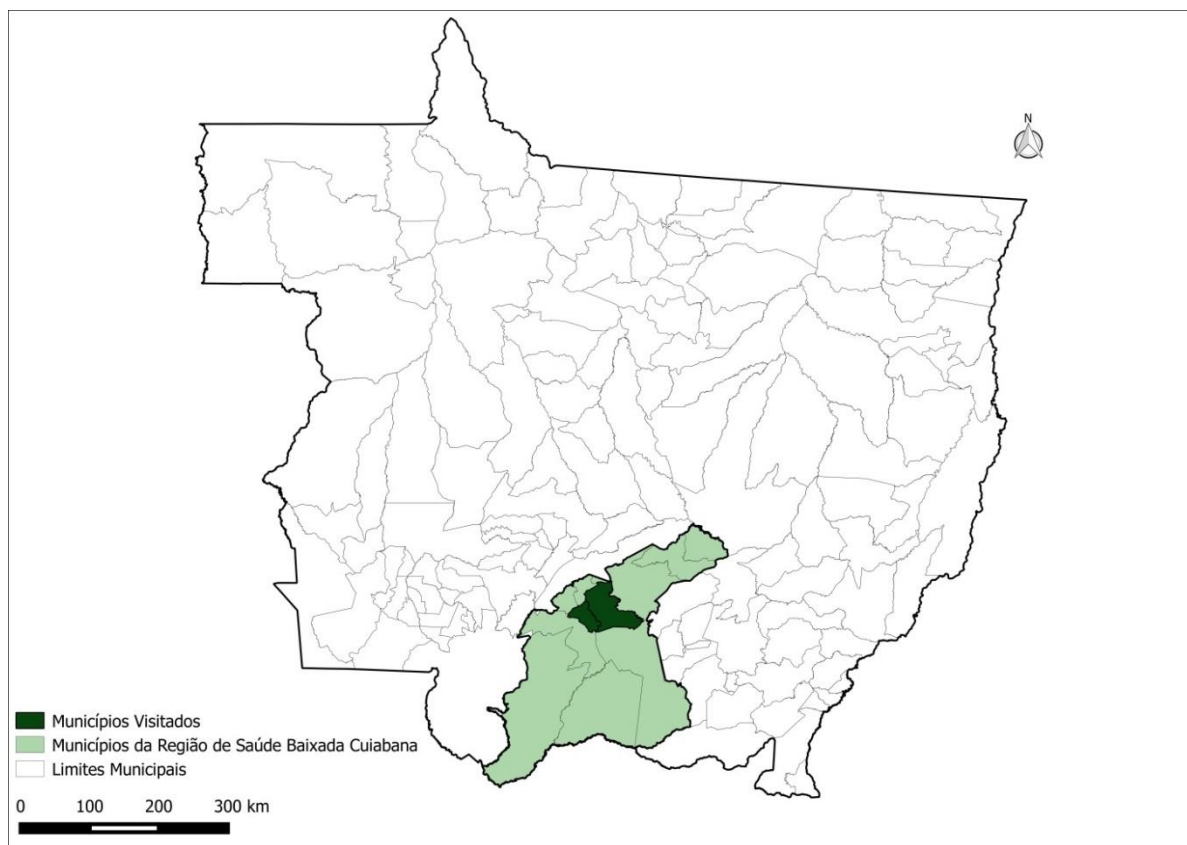
4. RESULTADO CAMPO – BAIXADA CUIABANA

4.1. Cenário do estudo

O presente campo foi realizado entre os dias 10 e 15 de Abril de 2016, na região de saúde ‘Baixada Cuiabana’ que integra um total de 11 municípios: Acorizal, Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Cuiabá, Jangada, Nossa Senhora do Livramento,

Nova Brasilândia, Planalto da Serra, Poconé, Santo Antônio do Leverger e Várzea Grande (Mapa 3). Os municípios visitados durante o campo foram Cuiabá e Várzea Grande, pois concentram quase a totalidade dos médicos das especialidades estudadas (Tabela 25).

Mapa 3: Municípios da Baixada Cuiabana, EPSM, 2016



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG

Tabela 25 – Número de vínculos das especialidades Oftalmologia e Ortopedista e Traumatologia – Baixada Cuiabana , 2016.

Municípios	Ortopedia e Traumatologia	Oftalmologia	Total de vínculo de médicos
Acorizal	-	-	5
Barão de Melgaço	-	-	5
Chapada dos Guimarães	-	1	21
Cuiabá	286	181	5.057
Jangada	-	-	5
Nossa Senhora do Livramento	1	-	17
Nova Brasilândia	-	-	7
Planalto da Serra	-	-	2
Poconé	1	-	44
Santo Antônio do Leverger	2	-	26
Várzea Grande	62	21	759
TOTAL	352	203	5.948

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015

A Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE) informava a existência de 308.749 vínculos formais de emprego, ativos em 31 de dezembro de 2014, nos 11 municípios que compõem a região de saúde da Baixada Cuiabana (MT), distribuídos em 22.998 estabelecimentos. Destes, 27% eram relacionados ao comércio varejista, que empregavam cerca de 14% dos vínculos, resultando numa média de 7 vínculos por estabelecimento. Por outro lado, a Administração Pública em geral (Classe 84.116) representava apenas 0,33% dos estabelecimentos e cerca de 20% dos vínculos, uma média de 817 vínculos por estabelecimento.

Dentre as classes de atividade econômica do setor saúde, o maior número de estabelecimentos era de Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305), com 707 estabelecimentos, e o maior número de vínculos estava nas Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101), 5.258 vínculos. Nenhum dos municípios da região contava com estabelecimentos de Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (CNAE 86.224).

A região contava ainda com 427 estabelecimentos de Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717) e 152 estabelecimentos de Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741).

Analisando os Quocientes Locacionais (QL), chama atenção na região a Extração de Minério de Metais Preciosos e a Defesa Civil com QLs altos tanto para estabelecimentos (35,57 e 31,23, respectivamente). No QL de vínculos a atividade econômica de maior valor é a Reprodução de Materiais Gravados em Qualquer Suporte com valor de 24,17 e em segundo a Extração de Minério de Metais Preciosos com o valor de 10,84 (Apêndice B6).

Cuiabá (MT)

Cuiabá é a capital do estado do Mato Grosso, situada às margens do rio Cuiabá e forma uma conurbação com o município de Várzea Grande. Fundada em 1719, viveu um período de estagnação desde o fim das jazidas de ouro até o início do século XX. Desde então, com a abertura das fronteiras agrícolas no centro-oeste do país, apresentou um crescimento populacional acima da média nacional, atingindo o seu auge nas

décadas de 1970 e 1980. Nos últimos 15 anos, o crescimento diminuiu, acompanhando a queda que ocorreu na maior parte do país. Em 2015 contava com uma população estimada de 580.489 habitantes. Hoje, além das funções político-administrativas, é o pólo industrial, comercial e de serviços do estado (IBGE, 2015).

Em dezembro de 2014, o município contava com 16.596 estabelecimentos comerciais e 248.236 vínculos formais de emprego informados na RAIS. O comércio varejista em geral respondia por 27% dos estabelecimentos e a Administração Pública era responsável por mais de 21% dos vínculos formais de emprego do município. Havia 62 estabelecimentos de Atividade de Atendimento Hospitalar, com um total de 4.574 vínculos formais de emprego. (Apêndice B7).

Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em junho de 2015, Cuiabá possuía um total de 1.401 estabelecimentos de saúde, sendo 62,7% consultórios isolados. (Tabela 26).

O município apresentava neste mesmo ano, 5.057 vínculos de médicos para 1.961 indivíduos, uma razão de 2,6 vínculos por indivíduo. Com relação às especialidades médicas, havia 286 vínculos de ortopedia para 99 indivíduos, uma média de 2,9 vínculos por indivíduo, e 181 vínculos de oftalmologia para 80 indivíduos, resultando numa média um pouco inferior, de 2,3 vínculos por indivíduo (Tabelas 27).

Em Cuiabá, 33,9% dos ortopedistas estão em hospitais gerais e 24,8% em hospitais especializados. Com relação aos oftalmologistas 34,3% estão em clínicas especializadas, seguido por 30,9% em consultório isolado e 14,4% em hospitais especializados e hospitais gerais (Tabela 26).

Em relação ao tipo de vínculo dos especialistas, 75,1% dos oftalmologistas e 82,5% dos ortopedistas possuem vínculo de autônomo, sendo que 21,5% dos oftalmologistas e 24,8% dos ortopedistas possuem a descrição de pessoa física, e para autônomo pessoa jurídica 6,6% dos oftalmologistas e 11,2% do ortopedistas. Os demais tipos de vínculos de autônomos não são especificados se autônomo pessoa física ou jurídica (Tabela 28).

Tabela 26– Estabelecimentos de saúde e vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de estabelecimento. Cuiabá (MT), 2015.

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos		Oftalmologistas		Ortopedistas	
	N	%	N	%	N	%
Posto de Saúde	1	0,1	-	-	-	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	84	6	3	1,7	1	0,3
Policlínica	6	0,4	-	-	3	1,0
Hospital Geral	12	0,9	26	14,4	97	33,9
Hospital Especializado	11	0,8	26	14,4	71	24,8
Consultório Isolado	878	62,7	56	30,9	38	13,3
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	252	18	62	34,3	61	21,3
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	107	7,6	-	-	1	0,3
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	16	1,1	-	-	-	-
Farmácia	1	0,1	-	-	-	-
Cooperativa	8	0,6	2	1,1	3	1,0
Hospital-dia (isolado)	1	0,1	-	-	1	0,3
Laboratório Central de Saúde Pública LACEN	1	0,1	-	-	-	-
Secretaria de Saúde	3	0,2	2	1,1	2	0,7
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematologia	2	0,1	-	-	1	0,3
Centro de Atenção Psicossocial	5	0,4	-	-	-	-
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	3	0,2	-	-	-	-
Pronto Atendimento	2	0,1	4	2,2	5	1,7
Telessaúde	1	0,1	-	-	-	-
Central da regulação medica das urgências	1	0,1	-	-	-	-
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	4	0,3	-	-	-	-
Central de regulação	1	0,1	-	-	2	0,7
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	1	0,1	-	-	-	-
TOTAL	1.401	100	181	100	286	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Tabela 27 – Número de vínculos, indivíduos e razão de vínculos por indivíduo – oftalmologistas, ortopedistas/traumatologistas e totalidade dos médicos registrados no CNES – Cuiabá (MT) 2015.

Ocupação	Vínculos	Indivíduos	Razão de vínc./ind
Médicos*	5.057	1.961	2,6
Oftalmologistas	181	80	2,3
Ortopedistas/traumatologistas	286	99	2,9

* Totalidade dos médicos registrados no CNES.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Tabela 28 – Número de vínculos de ortopedistas e oftalmologistas por tipo de vínculo – Cuiabá (MT), 2015.

Tipo de vínculo	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Estatutário	7	3,9	21	7,3
Empregado público	8	4,4	3	1
Comissionado	1	0,6	-	-
Celetista	1	0,6	1	0,3
Temporário	11	6,1	13	4,5
Autônomo	136	75,1	236	82,5
<i>Autônomo, pessoa física</i>	39	21,5	71	24,8
<i>Autônomo, pessoa jurídica</i>	12	6,6	32	11,2
<i>Autônomo sem descrição</i>	85	47	133	46,5
Cooperado	1	0,6	3	1
Bolsista	-	-	-	-
Residente	-	-	2	0,7
Estagiário	-	-	-	-
Informal	-	-	-	-
Vínculo empregatício sem descrição	16	8,8	7	2,4
TOTAL	181	100	286	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Com relação à natureza jurídica do estabelecimento, observou-se que as empresas privadas agregavam a maioria dos ortopedistas e oftalmologistas, respectivamente 59,8% e 72,4% (Tabela 29).

Tabela 29 – Número de vínculos de ortopedistas e oftalmologistas, por natureza jurídica – Cuiabá (MT), 2015.

Natureza jurídica	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	12	6,6	33	11,5
Administração Direta de outros órgãos (MEC MEx etc)	-	-	1	0,3
Administração Indireta - Empresa Pública	12	6,6	4	1,4
Empresa Privada	131	72,4	171	59,8
Fundação Privada	-	-	-	-
Cooperativa	2	1,1	3	1,0
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	24	13,3	74	25,9
Total	181	100	286	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Várzea Grande (MT)

Várzea Grande é a segunda cidade mais populosa do estado do Mato Grosso, com 268.594 habitantes, e é separada da capital pelo Rio Cuiabá. Várzea Grande nasceu da doação de uma sesmaria aos índios Guanás - hábeis canoeiros e pescadores – no ano de 1832 por parte do Governo Imperial. Foi caminho obrigatório das boiadas que vinham de Rosário do Rio Acima (hoje Rosário Oeste) em direção a Cuiabá.

A RAIS 2014 informava a existência de 4.442 estabelecimentos e 48.356 vínculos formais de emprego no município de Várzea Grande. O comércio varejista era responsável por 30,7% dos estabelecimentos e por 17,6% dos vínculos formais de emprego do município. O município contava com sete estabelecimentos de Atividades de Atendimento Hospitalar, que juntos empregavam 684 vínculos (Apêndice B8).

Com relação a estabelecimentos de saúde, Várzea Grande possuía um total de 145 estabelecimentos em 2015, sendo 48,3% consultórios isolados e 16,6% Unidades de Apoio à Diagnose e Terapia. No que se refere a distribuição de especialistas por tipo de estabelecimento, 71,4% dos oftalmologistas estão em clínica especializada, e 75,8% dos ortopedistas estão em hospital geral (Tabela 30).

Tabela 30– Estabelecimentos de saúde e vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de estabelecimento – Várzea Grande (MT), 2015.

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos		Oftalmologistas		Ortopedistas	
	N	%	N	%	N	%
Posto de Saúde	-	-	-	-	-	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	15	10,3	-	-	-	-
Policlínica	5	3,4	-	-	6	9,7
Hospital Geral	5	3,4	2	9,5	47	75,8
Hospital Especializado	-	-	-	-	-	-
Consultório Isolado	70	48,3	1	4,8	2	3,2
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	16	11,0	15	71,4	6	9,7
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	24	16,6	2	9,5	1	1,6
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	3	2,1	-	-	-	-
Farmácia	2	1,4	-	-	-	-
Secretaria de Saúde	1	0,7	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	3	2,1	-	-	-	-
Central de regulação	1	0,7	1	4,8	-	-
TOTAL	145	100	21	100	62	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

O município apresentava na ocasião uma razão de 1,4 médicos por indivíduo, sendo 759 vínculos para 530 indivíduos. Esta razão é semelhante para as especialidades médicas estudadas, sendo 1,4 entre os ortopedistas e 1,3 entre os oftalmologistas, respectivamente 62 vínculos para 45 ortopedistas e 21 vínculos para 16 oftalmologistas (Tabela 31)

Tabela 31 – Número de vínculos, indivíduos e razão de vínculos por indivíduo –ortopedistas, oftalmologistas e totalidade dos médicos registrados no CNES – Várzea Grande (MT) 2015.

Ocupação	Vínculos	Indivíduos	Razão de vínc./ind
Médicos*	759	530	1,4
Oftalmologistas	21	16	1,3
Ortopedistas/traumatologistas	62	45	1,4

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Em relação ao tipo de vínculo dos especialistas de Várzea Grande, 46,8% dos ortopedistas são autônomos pessoa física, 29,0% estatutários e 22,6% possuem contrato temporário. Entre os oftalmologistas, 61,9% são autônomos pessoa física, 23,8% estatutários e 14,3% possuíam contrato temporário (Tabela 32).

Tabela 32 – Número de vínculos de ortopedistas e oftalmologistas por tipo de vínculo – Várzea Grande (MT), 2015.

Tipo de vínculo	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Estatutário	5	23,8	18	29,0
Empregado público	-	-	-	-
Temporário	3	14,3	14	22,6
Autônomo, pessoa física	13	61,9	29	46,8
Outros, autônomo sem descrição	-	-	1	1,6
TOTAL	21	100	62	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Segundo a natureza jurídica dos estabelecimentos, a Administração Direta da Saúde agregava 90,3% dos ortopedistas e 38,1% dos oftalmologistas. Já as empresas privadas respondiam por 61,9% dos oftalmologias (Tabela 33).

Tabela 33 – Número de vínculos de ortopedistas e oftalmologistas, por natureza jurídica – Várzea Grande (MT), 2015.

Natureza jurídica	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	8	38,1	56	90,3
Empresa Privada	13	61,9	3	4,8
Fundação Privada	0	0,0	3	4,8
Total	21	100	62	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

4.2. Resultados das entrevistas

Durante o campo na Baixada Cuiabana, foram realizadas entrevistas com médicos e gestores da atenção primária em saúde, médicos especialistas oftalmologistas e ortopedistas traumatologistas, representantes de cooperativas e sociedades médicas, sindicato e Conselho Regional de Medicina (CRM) (Tabela 34).

Tabela 34 – Relação de entrevistados – Baixada Cuiabana, 2015.

Entrevistados	N
Ortopedistas	6
Oftalmologistas	8
Gestor de UBS	4
Médico de UBS	5
Cooperativas	5
Sociedade	1
Sindicato	1
CRM	1
Total	31

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2015.

Cenário das entrevistas com os especialistas

Consultório isolado

Foi entrevistada uma Oftalmologista, que juntamente com sua mãe são donas do estabelecimento privado e sem vínculo no SUS. Ambas especialistas autônomas sem intermediação. Para procedimentos cirúrgicos, tem parcerias com alguns hospitais de Cuiabá. Atendia em média quatro pacientes por dia. Notamos que sua consulta era uma das mais caras do município (R\$ 400,00).

O segundo consultório isolado visitado estava cadastrado no CNES como clínica especializada. Entretanto, apenas dois médicos ortopedistas atuavam no local, com carga horária de 30 horas semanais, como autônomo sem intermediação e sem vínculo SUS. O médico entrevistado também atuava no hospital localizado ao lado do consultório.

Clínica especializada/Ambulatório de especialidade

Em Cuiabá foram visitados cinco estabelecimentos caracterizados como “Clínica especializada/Ambulatório de especialidade”, dos quais um era estabelecimento público, dois privados com vínculo SUS e dois privados sem vínculo SUS.

O estabelecimento público oferecia atendimento ambulatorial para várias especialidades médicas, em que foram entrevistados um oftalmologista e um ortopedista. No CNES estão registrados quatro oftalmologistas, todos com vínculo SUS e carga horária de 20 horas semanais, sendo dois estatutários e dois contratados. Também estão registrados quatro ortopedistas com carga horária de 20 horas semanais, dos quais três são contratados e um é estatutário. A partir dos relatos dos entrevistados e observação dos pesquisadores, verificou-se que o estabelecimento encontra-se em condições precárias, com falta de material, infraestrutura e medicamentos. O ortopedista entrevistado no local relatou durante a entrevista que realizava procedimentos como infiltração intra-articular, mas que não o faz mais por falta de infraestrutura.

Falta seringa, agulha, às vezes não tem medicação. Aí tem que pedir para o paciente comprar a medicação e trazer aqui. É meio chato para o médico. Aí eu não faço mais. Na rede do SUS eu não faço, pois não tem a medicação e tem que pedir para o paciente.

Foram entrevistados também dois oftalmologistas de clínicas especializadas privadas com vínculo SUS. A primeira tratava-se de uma clínica sem fins lucrativos, em que estão registrados 13 oftalmologistas, dos quais doze possuem vínculo de autônomo, nove sem e três com intermediação, e apenas um é contratado. Sete oftalmologistas realizam a parte clínica, enquanto cinco ficam responsáveis pelas cirurgias. A carga horária dos profissionais variou de 5 a 40 horas, com uma média de 14,2 horas semanais. Este estabelecimento realiza consultas oftalmológicas exclusivamente a pacientes de Cuiabá, mas faz o tratamento cirúrgico de todo estado e outras regiões do país. É referência, atualmente, em cirurgia de catarata, no estado do Mato Grosso, realizando de 200 a 400 consultas por mês.

A segunda era uma clínica com quatro oftalmologistas registrados, todos autônomos sem intermediação, sendo três profissionais com carga horária de 20 horas e um com 16 horas semanais. A clínica atende média e alta complexidade.

Por fim foram realizadas entrevistas com um oftalmologista e um ortopedista em clínicas privadas, sem vínculo SUS. O primeiro tratava-se de uma clínica que oferta até alta complexidade. Atende exclusivamente pacientes com demandas oftalmológicas de planos de saúde e particulares. Dentre os convênios o entrevistado destacou a UNIMED como a maior, em Cuiabá. Destacou também a PAX, um plano funerário originalmente, que contudo oferece cupons de descontos para atendimento em locais de saúde credenciados àqueles filiados a esse formato de plano de saúde. Nesta clínica estão registrados no CNES três oftalmologistas, dois com carga horária de 40 horas e vínculo de autônomo sem intermediação e um com carga horária de 20 horas e vínculo de autônomo intermediado. Além dos oftalmologistas, um médico dermatologista atua no local.

A segunda clínica atende exclusivamente pacientes com demandas ortopédicas de planos de saúde e particulares, sendo a grande maioria dos pacientes proveniente do convenio do estado MT Saúde. Possui onze vínculos de ortopedistas, sendo todos caracterizados como autônomo intermediado. Além de ortopedistas a clínica possui cirurgia geral e cirurgia vascular. A carga horária semanal dos especialistas variou de 5 a 15 horas, com média de 8,6 horas semanais (CNES, 2015)

Hospital geral

Foram visitados três estabelecimentos caracterizados como “Hospital Geral”, dos quais dois se situavam em Cuiabá e um em Várzea Grande.

O primeiro hospital visitado foi o Hospital Universitário, público, de alta complexidade e que possuía cinco vínculos de ortopedistas e 12 de oftalmologistas (CNES, 2015). Dos oftalmologistas, dois são estatutários, três são contratados e sete são celetistas. Dos ortopedistas, quatro são celetistas e um estatutário. A carga horária dos especialistas variou de 4 a 40 horas, com uma média de 22,2 horas semanais. Neste cenário foram entrevistados dois oftalmologistas, sendo um residente do segundo ano.

O segundo hospital público tinha seis oftalmologistas registrados, sendo quatro estatutários e dois contratados, e dez ortopedistas, sendo sete estatutários e três contratados. A carga horária de todos os profissionais era de 20 horas, exceto de um ortopedista, cuja carga horária registrada era de 40 horas semanais e que foi o

profissional entrevistado. A estrutura era bem precária, superlotado com varias pessoas acamadas nos corredores, recebia muitos pacientes de vários municípios da região e estado.

O terceiro hospital estava situado na cidade de Várzea Grande e, dentre as especialidades estudadas, possuía apenas ortopedia. Este também era um hospital público que prestava serviços de média e alta complexidade. Estavam registrados 25 ortopedistas no CNES, todos autônomos, dos quais 23 sem intermediação. A carga horária variou de 4 a 60 horas, com média de 15,4 horas semanais. Neste local foi entrevistado um especialista.

Hospital especializado

O estabelecimento de saúde considerado “Hospital especializado”, pelo CNES, é de natureza privada e possui sete oftalmologistas cadastrados com vínculo SUS, dos quais um é celetista e os demais autônomos sem intermediação. Além disso, estão registrados 17 ortopedistas, todos com vínculo SUS, dos quais a grande maioria (14) é autônomo sem intermediação, um é celetistas e dois estão cadastrados como “outros”. Os profissionais possuem carga horária entre 4 e 20 horas. Com média de 12 horas/semanais. Neste local foi entrevistado um oftalmologista.

Aspectos sobre a Atenção Especializada e arranjos de trabalho

Para entender a atenção especializada e os arranjos de trabalho desempenhados por médicos especialistas na região, foram entrevistados, além dos gestores, dos profissionais da APS e médicos especialistas, o presidente da Associação Mato-grossense de Oftalmologia, vinculada ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), a presidente do Sindicato dos Médicos do Mato Grosso (SINDIMED-MT), a coordenadora do Centro de Especialidades Médicas de Cuiabá, a coordenadora do Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade (CERMAC), a presidente do Conselho Regional de Medicina do estado (CRM-MT), representantes de cooperativas de especialidades médicas: UNIMED, COOPANEST, COOPERMED, e representantes do grupo Femina, que compõe o corpo clínico e administrativo do hospital de mesmo nome, especializado na saúde da mulher e da criança. Não foi possível realizar a entrevista com o representante da SBOT-MT, já que mesmo após o agendamento, este, extraordinariamente, não pôde receber a equipe de pesquisa.

De acordo com a presidente do SINDIMED-MT, devido às características geográficas do Mato Grosso, somadas às condições de transporte e locomoção no interior do estado, que corroboram para uma integração deficitária entre os municípios mais remotos e os grandes centros, são comuns os contratos precários com médicos nessas pequenas cidades, onde eles chegam a receber salários de até 70 mil reais. A entrevistada relata que em relação à capital, a prefeitura afirma possuir um quadro com o total de 720 médicos. Desse total, segundo ainda a entrevistada, cerca de 45% dos médicos de Cuiabá possuem vínculo estatutário, sendo que há mais de 10 anos não se realiza concurso público com edital para carreira médica. Ainda de acordo com os dados do Sindicato, a principal forma de organização profissional na região é por meio da contratação dos grandes grupos de médicos especialistas, que remuneram os prestadores por meio de plantões. Estes grupos são pessoas jurídicas constituídas por vários sócios de uma mesma especialidade médica, e que prestam serviço também ao estado e à prefeitura. Existe uma única instituição na região gerenciada via EBSERH, o Hospital de alta complexidade, São Benedito. A entrevistada destaca a sua visão da existência de um sucateamento das condições e arranjos e relações de trabalho:

Nessa conjuntura de precariedade, temos uma massa de prestadores e concursados que são contratados diretamente pela prefeitura que estão sendo empurrados para um abismo, evidentemente empurrados para desistir do serviço público – perseguição, baixos salários, quem está na empresa ganha mais (...) não dá condições de trabalho pra você desistir. Há um sucateamento proposital do SUS aqui (...)

A presidente do SINDIMED-MT afirma, além disso, que devido a essa forma de arranjo via pessoa jurídica, há médicos desempregados na região, em geral recém-formados, pois a prefeitura não tem contratado médicos de forma direta, apenas por meio dos grandes grupos de médicos especialistas, que na opinião da entrevistada, são os principais atores na definição e negociação da contratação médica atualmente na região “No geral, o intuito é terceirizar o máximo”. Segundo ainda os dados do Sindicato, existe, atualmente, um déficit de 44 médicos nos serviços de urgência e emergência da capital. A Neurologia e a Psiquiatria são as especialidades apontadas como escassas na região.

São 1000 médicos sindicalizados ao todo, em um universo de 5000 profissionais no estado. De acordo com a entrevistada, a partir do início dos anos 2000, houve uma mudança no quadro de médicos da região; até então, eram poucos profissionais com

múltiplos vínculos. Entretanto, com o aumento do número de escolas de medicina no estado, a quantidade de médicos tem aumentado significativamente, e muitos destes têm optado por se manter apenas no mercado privado em saúde, onde encontram melhores condições de trabalho. O sindicato defende como melhor forma de arranjo profissional, o plano de cargos e carreiras federal para os médicos.

Os hospitais particulares tem seu corpo clínico organizado por meio de cooperativas médicas, que reúnem diversas especialidades. As principais cooperativas hospitalares da região são as respectivas aos Hospitais São Mateus, Santa Rosa e Jardim Cuiabá. Estas cooperativas são as responsáveis pelo faturamento dos honorários médicos, seja via convênios de saúde ou particular. O corpo clínico é aberto, e os grupos atuam também em outras instituições além desses hospitais. A forma de remuneração é exclusivamente por produtividade. A entrada dos profissionais é por livre adesão, a partir de apresentação de documentação mínima exigida (CRM ativo, título da especialidade). A cooperativa do Hospital Jardim Cuiabá, COOPERMED, conta com um quadro de 150 médicos cooperados. Segundo a responsável técnica administrativa da cooperativa entrevistada, a rotatividade de profissionais é baixa. Contudo, ela revela que os médicos fixam-se principalmente quando em início de carreira, depois de dois a três anos atuando pela cooperativa, muitos desligam-se, devido aos baixos valores das tabelas dos convênios de saúde.

A COOPANEST-MT, Cooperativa de Anestesiologistas do Mato Grosso, fundada em 1995, é responsável exclusiva pela cobertura do serviço de anestesiologia na região, atuando de forma semelhante às firmas compostas por sócios, médicos especialistas. Os cooperados são apenas anestesiologistas, associados obrigatoriamente à SOMA (Sociedade Matogrossense de Anestesiologia), vinculada à SBA (Sociedade Brasileira de Anestesiologia). A cooperativa abrange todo o estado do Mato Grosso, mas de acordo com a responsável administrativa entrevistada, possui, atualmente, fora de Cuiabá, contratos apenas nos municípios de Barra do Bugres, Sorriso e Colíder, já que o contrato no município de SINOP foi desfeito. A maioria dos especialistas do estado são cooperados, apenas alguns poucos fixados no interior não compõe o quadro clínico da instituição. Não há estratégia para atração/ captação de profissionais, contudo a entrevistada afirma que no interior do estado, a cooperativa oferece casa alugada, carro e passagem aérea como forma de manter os médicos atuantes nessas regiões. A cooperativa é composta por cooperados tanto pessoa física quanto pessoa jurídica, que recebem valores variados por plantão, de acordo com cada contrato. O faturamento dos

atendimentos via convênio particular de saúde é feito via cooperativa, exceto àqueles referentes à Unimed.

A Unimed Cuiabá conta com cerca de 1300 médicos cooperados e é, em nível local, a maior do ramo. São aproximadamente 220 mil clientes com uma rede de laboratórios, clínicas e hospitais. De acordo com o coordenador da cooperativa entrevistado, a Unimed Cuiabá é atualmente referência nacional no Sistema Unimed, considerada uma das maiores experiências cooperativista na área da saúde. No total, são 1338 médicos cooperados, 133 clínicas credenciadas, 21 hospitais credenciados, 51 laboratórios credenciados, 37 credenciados Pessoa Jurídica (PJ), 11 médicos no interior, 17 serviços “tabela alto custo” e 7 hospitais no interior do estado.

O Centro de Especialidade Médica de Cuiabá conta com um quadro composto por 56 médicos, entre contratados temporários (6 meses) e efetivos, que trabalham com o cumprimento de carga horária de 20 horas, em uma cobertura de 30 especialidades. O CEM atende, atualmente, a população de todo o Mato Grosso, encaminhada via central de regulação, pelo sistema SISREG. A coordenadora aponta, principalmente, a escassez de neurologistas e cardiologistas.

De acordo com a entrevistada, a rotatividade de profissionais no CEM é baixa, “o médico mais novo está na rede conosco há 9, 10 anos”. Ela acredita que tal fato deve-se à estabilidade da carreira estatutária. No entanto, ao ser questionada especificamente sobre os profissionais contratados de forma temporária, afirma que existe uma alta rotatividade destes médicos. A contratação é exclusivamente via Secretaria de Saúde.

Ainda segundo a coordenadora, o Centro de Especialidade Médica enfrenta uma sobrecarga de encaminhamentos “mal feitos”, “O médico do posto de saúde não faz uma triagem com o paciente”. Em relação à sobrecarga de encaminhamentos aos oftalmologistas (total de sete na instituição), ela afirma que “Oftalmo, às vezes é uma sujeirinha no olho, que o clínico pode fazer. Porque o clínico estuda tudo, uma parte de tudo ele sabe um pouquinho, então eu já coloquei isso para o secretário (...)”. Já em relação aos encaminhamentos desnecessários aos ortopedistas, em um total de oito no corpo clínico, “ortopedista: manda, vem do posto de saúde pra trocar receita de diabetes, problema de osteoporose, de pressão – Ah, doutor, eu tô com dor em tudo, meu remédio de pressão acabou...”

Apesar disso, a entrevistada revela a baixa produtividade do CEM, em torno de 5 a 7 mil consultas por mês, com uma possibilidade de realizar entre 15 a 20 mil, de

acordo com a estrutura e corpo clínico da instituição. Os atendimentos eram realizados, anteriormente, por produtividade, mas houve uma readequação, nessa gestão, para carga horária semanal, de 20 horas. Além disso, de acordo com a entrevistada, a taxa de absenteísmo das consultas agendadas via SISREG é altíssima, e a gestão tem desenvolvido um projeto de instalação de um *call center*, que será responsável pela marcação e confirmação das consultas, na tentativa de reduzir as taxas de absenteísmo. Com relação em especial aos oftalmologistas, o presidente da Associação Mato-Grossense de Oftalmologia, afirma que existem, no estado, cerca de 160 especialistas vinculados ao CBO, sendo cerca de 90 alocados na capital. O Mato Grosso possui dois programas de residência federais, um no Hospital Júlio Muller e outro na cidade de Cárceres, e para a formação em subespecialidades, os médicos precisam se deslocar para outros estados. De acordo com o entrevistado, não há escassez de especialistas no estado, mas uma distribuição heterogênea, característica comum em todo o país. Este quadro é atribuído, pelo presidente da regional, à situação precária dos contratos entre médicos e municípios, e que aponta como possível solução a federalização dos concursos e carreiras médicas, de forma semelhante à carreira jurídica no país. Ele ainda ressalta que a estrutura do SUS é precária inclusive nos grandes centros, atribuindo à precarização dos contratos de trabalho como exclusivamente responsável por essa mal distribuição dos especialistas no Brasil de forma geral, e na região de Cuiabá.

O perfil dos oftalmologistas na região, de acordo com o entrevistado, é de cerca de 40% de cuiabanos, alocados principalmente em consultórios e grupos de médicos, que prestam serviço ao SUS. Ele considera, ainda, que o estado tem boa cobertura de profissionais nos centros e polos próximos àquelas cidades menores, e que os casos referenciados a partir destas regiões são aqueles que requerem a atenção do subespecialista. Ao ser questionado sobre a existência de mutirões, revela que não existe demanda/ fila para ações direcionadas a cirurgias de glaucoma e catarata, e que tem conhecimento apenas de mutirões direcionados à triagem de acuidade visual de crianças da rede municipal de educação. Como presidente da Associação Matogrossense de Oftalmologia, ele afirma que são realizadas 20 cirurgias de catarata por semana em Cuiabá, e que

“[...] o mutirão da catarata nasceu com intuito mais financeiro que humanitário”, “o valor contratado com os mutirões e municípios é maior que a Unimed passa; o SUS paga cerca de 580 reais o pacote, em Mato Grosso do Sul, foi dois mil reais (...) Não existe

critério, a pessoa com mais de 50 anos é operada. Por que não paga para o *oftalmo* da rede?”

Por fim, concorda que o médico da atenção primária deveria ser o principal responsável pelo rastreamento dos casos de urgência em oftalmologia, mas afirma, no entanto, que “passar óculos é uma arte”, e que ao atribuir funções do escopo do oftalmologista ao médico da UBS “você sobrecarrega o profissional, o médico generalista”.

Ortopedistas

Entre os ortopedistas entrevistados dois atuavam em Hospitais Gerais, três em Clínicas especializadas e um em consultório isolado. Todos os entrevistados eram do sexo masculino e na faixa etária de 28 a 51 anos de idade. Três eram naturais de Cuiabá (MT), dois de São Paulo (SP) e um de Goiânia (GO). O ano de graduação em medicina variou entre 1991 e 2007. Com relação ao local de graduação, apenas um formou em município diferente do nascimento. O tempo de atuação nas especialidades pesquisadas variou entre 04 e 21 anos. Apenas um entrevistado possuía título de outra especialidade. Dois entrevistados possuíam experiência na Atenção Primária em Saúde (APS) (Tabela 35).

Tabela 35– Perfil dos ortopedistas entrevistados – Região Entorno de Cuiabá, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4	5	6
Município da entrevista /UF	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Várzea Grande/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT
Cenário da Entrevista	Hospital Geral – Público	Consultório Isolado - Privado	Clínica especializada - Privada	Hospital Geral Público	Clínica especializada	Clínica especializada – Pública
Vínculo de trab. no estab.	Autônomo - PF	Autônomo – PJ	-	-	-	-
Município de residência	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Idade	39	51	38	38	38	28
Ano graduação	2003	1991	2007	2001	2002	2006
Município/UF graduação	São Paulo/SP	Goiânia/GO	Dourados/MT	Cuiabá/MT	São Paulo/SP	Cuiabá/MT
Tempo de atuação na especialidade (anos)	13	21	4	12	11	7
Possui outra especialidade	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Tempo de atuação na APS (anos)	-	2	0,5	-	-	-

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2016.

De acordo com os ortopedistas, os pacientes por eles atendidos provêm de todo o estado do Mato Grosso. Dois relataram receber também pacientes provenientes do

estado do Acre e Rondônia, um atua em consultório isolado (Ortopedista 2) e um em hospital geral (Ortopedista 4).

Os casos clínicos mais frequentes na prática dos ortopedistas diferiram de acordo com o cenário de prática, se hospital, clínica especializada ou consultório, e se o profissional possuía alguma subespecialidade. Nas consultas eletivas dos especialistas que atuam em clínicas especializadas e de um que atua em consultório isolado, os casos clínicos mais frequentes são de processos degenerativos como hérnia, discopatia (Ortopedista 2) e lombalgias (Ortopedista 6), além de outras patologias relacionadas à coluna e joelho (Ortopedista 5). Dois dos especialistas que atuam também em clínicas especializadas possuem subespecialidades, um em membros superiores (Ortopedista 3) e um em cirurgia da mão (Ortopedista 6) e absorvem também as demandas relacionadas a estas áreas. Já no ambiente hospitalar os ortopedistas declararam lidar com traumas em geral, faturas múltiplas, em decorrência principalmente de acidentes de moto, além de cirurgias eletivas e de tratamento de doenças degenerativas (Ortopedistas 1 e 4).

Com relação aos procedimentos que realizam com maior frequência, aqueles que atuam em clínicas especializadas e consultório isolado relataram realizar além da consulta eletiva, principalmente atividades que englobam o tratamento clínico como curativo, fisioterapia, infiltração medicamentosa e uso de aparelho de gessado (Ortopedistas 2, 3 e 5). Já os ortopedistas que atuam em ambiente hospitalar assumem como atividade principal a realização de cirurgias, como fratura de braço, ombro e quadril (Ortopedistas 1 e 4). Um destacou ainda que faz de tudo e que encaminham apenas as cirurgias pediátricas (Ortopedista 4).

Nenhum dos entrevistados participa ou já participou de mutirões de ortopedia no estado do Mato Grosso. Eles desconhecem a existência atual de mutirões. Dois destacaram que no passado existia uma demanda maior de cirurgias ortopédicas que esta sendo aliviada pelo Hospital Metropolitano de Várzea Grande e São Benedito em Cuiabá.

Hoje a gente não precisa mais de mutirão de cirurgia. A gente fez há uns três anos, quando a gente tinha uma fila de espera em torno de 180 pacientes. Hoje a gente opera em torno de 200 a 220 pessoas no mês. Quando criaram o Hospital São Benedito esta demanda que era nossa foi tudo para lá. Então hoje não precisa mais, mesmo porque a gente já opera em esquema de mutirão vai das 7 da manhã a 7 da noite de segunda a sábado. (Ortopedista 1)

Na verdade assim, antigamente era mais difícil, hoje em dia já desafogou um pouco mais. Por que assim, agora inaugurou outro hospital o São Benedito que dá um suporte para o pronto socorro de Cuiabá. Este que é o estadual que dá um suporte mais estadual mesmo e tem os prontos atendimentos que também faz cirurgião. Agora mutirão faz tempo que o povo não faz não. (Ortopedista 4)

Agora não. Já teve a um tempo atrás em Cuiabá e Várzea Grande. Mas faz um tempo que não tem, pois a demanda foi um pouco resolvida. Recentemente abriam o hospital São Benedito e tem o Metropolitano que tão dando uma melhor resolução nas filas ortopédicas. (Ortopedista 5)

Dois destacaram ainda que a demanda principal é de consulta ambulatorial e tratamento ortopédico/fisioterapia:

O que tem mais demanda mesmo são as consultas ambulatoriais que são mais difíceis de conseguir. Caso de urgência tipo fratura ainda consegue um encaminhamento mais rápido. A consulta demora em torno de 6 meses. (Ortopedista 5)

O que a população precisa é de tratamento a longo prazo, conservador. Isto daí (mutirão) não dá certo, não tem que fazer mutirão. O principal tratamento ortopédico é baseado em uma fisioterapia (...) Ninguém se interessa, ninguém por parte do poder público fala ‘eu preciso de um centro de reabilitação’. Nós temos um bom aqui [Cuiabá], mas não adianta. Falta muita gente. Todo mundo aqui precisa de fisioterapia. Se você vai fazer um mutirão de ortopedia você vai encontrar principalmente dor nas costas, dor no joelho e dor no quadril, o tratamento para tudo isso é fisioterapia. (Ortopedista 1)

Quanto ao acesso da população de áreas remotas ao atendimento especializado, todos os entrevistados relataram que o paciente é que se desloca.

Existem algumas cidades com hospitais regionais. O paciente é direcionado para esse hospital. Se ele não encontra possibilidade de executar aquele procedimento, ele é encaminhado via o sistema de regulação. (Ortopedista 4)

Em alguns municípios tem um bom centro de ortopedia, como Cáceres, Rondonópolis, Alta Floresta (...). Cidades menores, se tiver, não vai conseguir fazer muita coisa. Eu tenho colega que faz consulta em outros municípios e volta. Eu duvido muito que isto funciona, pois você pode ir uma vez por mês e vai dar receita de fisioterapia. Por exemplo, os índios, a gente faz uma cirurgia ortopédica e depois é praticamente obrigatório uma fisioterapia para voltar a força muscular

e amplitude de movimento. Você mora no meio do mato, na aldeia, [...] mora a 400 km, não dá para o cara fazer todo dia fisioterapia. Pior ainda: o cara quebra um dedinho, é a pior área que tem para fazer fisioterapia, ele precisa de um especialista em mão. Então é muito difícil este acesso. (Ortopedista 1)

Dois destacam ainda que em alguns municípios de médio porte o paciente pode conseguir atendimento, porém privado de ortopedia.

Alguns médicos vão para o interior atender particular, mas remota e muito distante eu não sei de ninguém não. (Ortopedista 2)

No interior é difícil. São cidades pequenas em torno de 30 mil habitantes que dificilmente você vai ter um especialista em ortopedia. As cidades acima de 60 mil habitantes é que vão ter um ou dois ortopedistas particular. (Ortopedista 5)

Os pacientes que necessitam de cuidados de média e alta complexidade são encaminhados aos hospitais de referência pelos entrevistados que atuam em consultórios isolados e em clínicas especializadas que não possuem alta complexidade. No entanto, dois ortopedistas que atendem em clínicas especializadas com ‘porta fechada’, ou seja, em que as consultas são todas agendadas, revelaram que raramente recebem casos de urgência e emergência que necessitam de encaminhamento (Ortopedistas 2, 5). Um dos profissionais que atende também em clínica especializada e é cirurgião da mão, geralmente encaminha os pacientes para o hospital de referência onde ele mesmo realiza a cirurgia para esta subespecialidade (Ortopedistas 6).

Com relação ao acompanhamento dos pacientes que são encaminhados, os entrevistados indicaram que o acompanhamento pós-operatório é feito geralmente pelo próprio especialista, de preferência no próprio município:

Quem opera acompanha. [...] O pós operatória é comigo, independe de onde ele mora. Nem que ele fique uma ou duas semanas na casa de apoio e só depois retorne para sua cidade natal. O pós operatório obrigatoriamente tem que ser com o especialista que operou. O resultado não depende só do ambiente cirúrgico, depende da reabilitação. (Ortopedista 6).

O médico que opera é o médico que acompanha, ou pelo menos a equipe. Porque as cirurgias ortopédicas não são sempre a mesma cirurgia, cada tipo de fratura é de um jeito, cada cirurgia é uma coisa. Então eu opero para outro colega lá da outra cidade acompanhar, eu acho que de rotina não é um negócio legal, não fica bem. Salvo algumas exceções, como o paciente mora muito longe, conhece

alguém que faz. Agora via de regra em que o paciente opera e faz o operatório lá eu não acho uma boa ideia. (Ortopedista 1)

Ninguém assume o paciente que ele não opera. Existe ortopedista no interior, mas as vezes o próprio paciente não quer acompanhar com quem ele não operou. Alguns que moram muito longe já perguntam ‘eu posso acompanhar na minha cidade?’ Sim, se o ortopedista da cidade quiser acompanhar, mas geralmente ele não gosta. A cirurgia é passiva de muitas complicações aí as vezes o colega não quer assumir isto. Até no privado é difícil. (Ortopedista 3)

Um dos entrevistados, no entanto, ressalta que se o paciente vem de outro município que tenha um ortopedista que possa assumir esta função, ele não vê problema:

O retorno é quase tão importante quanto a cirurgia. O paciente opera, vem lá de Tangará e faz cirurgia aqui, alguns falam ‘posso continuar acompanhando pelo médico lá?’ (...) não tem problema, se o médico se sente confortável de fazer o acompanhamento, se ele sabe o tratamento. Tem muitas cirurgias muito complexas, inclusive tendo que refazer cirurgias. Se o paciente vai para o interior e encontra um médico ortopedista que aceite, que consiga suprir o paciente em tudo que precisar, não tem problema nenhum. (Ortopedista 1)

Quanto à delegação de tarefas técnicas para outros profissionais não médicos, três relataram não trabalhar com outros profissionais (Ortopedistas 2, 3 e 5) e três indicaram delegar tarefas sob supervisão para enfermeiros e técnicos de enfermagem, gesseiros e instrumentadores (Ortopedistas 1, 4 e 6).

Ao serem questionados se existem casos clínicos que podem ser tratados tanto por ortopedistas quanto por outros especialistas, a especialidade mais citada com sobreposição de escopo de prática foi a reumatologia (Ortopedistas 3, 4 e 5), em que foram citados casos como doenças inflamatórias, reumatismo lúpus (Ortopedista 4), fibromialgia, síndrome miofacial (Ortopedista 5). Foram citadas ainda hérnia de disco e tumores, que também podem ser tratadas por Neurocirurgiões (Ortopedista 2) e osteoporose tratada também por ginecologistas (Ortopedista 5)

Às vezes confunde um pouco, mas você faz o tratamento, mas sempre associado a conduta do colega. Seria um tratamento coadjuvante um com o outro. Artrite inflamatória, por exemplo, não é do ortopedista, mas o ortopedista pode tratar, o clínico pode tratar o reumatologista pode tratar. (Ortopedista 4)

Foi disponibilizada uma lista de procedimentos, que os especialistas foram solicitados a indicarem se os mesmos poderiam ser realizados por médicos que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os seis entrevistados consideram que médicos da APS podem ‘solicitar exames de imagem (raio-X, ultrassom, ressonância magnética)’, ‘diagnosticar acometimentos ortopédicos/osteomusculares comuns’ e ‘realizar o acompanhamento de doenças e traumas ortopédicos em conjunto com o ortopedista’. Cinco assinalaram ‘interpretar exames de imagem’, ‘realizar manobras de mobilização articular’, ‘tratar acometimentos ortopédicos/ osteomusculares comuns’, ‘prescrever órteses’ e ‘prescrever medicamentos anti-inflamatórios intra-articulares/intramusculares (Ortopedistas 1, 2, 3, 4 e 6)

Para este ultimo procedimento, no entanto, dois dos entrevistados destacaram que o médico da UBS poderia realizar apenas a prescrição de medicamentos intramusculares, e não intra-articulares (Ortopedistas 3 e 6). Quatro consideram que os seguintes procedimentos poderiam ser realizados em UBS: ‘realizar manobras de redução manual de fraturas e luxações’, realizar acompanhamento pré-cirúrgico e realizar testes ortopédicos (Jobe, Gaveta anterior, Gaveta posterior, etc) (Ortopedistas 1, 2, 3 e 4) e três ‘orientar e emitir relatório acerca de exames de imagem’, ‘realizar manejo de fraturas (preparação do membro, imobilização, etc), ‘prescrever prótese’ e ‘realizar acompanhando pós-cirúrgico’ (Ortopedistas 1, 3 e 4). Para este ultimo, um dos entrevistados ressaltou que somete em área remota e com contrarreferencia (Ortopedista1).

Os entrevistados apontaram como justificativa para a não realização de determinados procedimentos por médicos que atuam na atenção primária, a falta de recursos e infraestrutura:

Algumas coisas dependem de exame, né, então você tem que ter um acesso para realizar o raio-x na hora. Esse negócio de realizar o raio x para uma semana tá errado. O raio x tem que fazer na hora, tomografia tem que fazer na hora. O médico tem que ter acesso à ressonância, ultrassom. Não adianta ir para uma fila e marcar para seis meses. (Ortopedista 1)

O ortopedista 2 afirma que *“O grande problema é a prática: onde você vai fazer os exames? Se tivesse um exame na cidade, se tivesse uma estrutura na cidade, aí o cara tem o poder”*.

A ortopedia é muito dependente do exame de imagem. Manejo de fratura tem que encaminhar, pois depende de outros fatores, depende de anestesia, de auxiliar, então às vezes o médico lá do interior não tem esses recursos. (Ortopedista3)

Foi relatado ainda, que a graduação em medicina não prepara o médico para realizar determinadas atividades específicas da ortopedia:

A ortopedia não é uma matéria que aprende na medicina. Você faz a medicina do 1 a 4 ano e vai ficar na parte da ortopedia uma semana ou um mês que seja vendo coisinhas simples. Então o cara se forma, sai da faculdade de medicina, ele não é muito bom para realizar um tratamento em ortopedia. Então antes a gente tratava todo tipo de fratura cirúrgica aqui e todos que não operavam mandavam para o posto, mas para o ortopedista no posto. Se não é ortopedista no posto, volta todos os pacientes piores do que ia, aí tinham que passar por uma cirurgia à toa. Então assim, se for pensar em um postinho com o clínico, tá fora de cogitação fazer o acompanhamento ortopédico. (Ortopedista 1)

Manejo de fratura: é mais complicado, porque ele não tem treinamento para fazer isto. A formação de generalista não dá este treinamento. A não ser que ele faça algum estágio acompanhado de um ortopedista para se sentir seguro. Ele não é atrevido de fazer, ele tem que se sentir confortável de fazer. (Ortopedista 4)

Falta de prática. Mesmo na formação médica, que se restringe mais as cadeiras principais cirurgia geral, pediatria, clínica ginecológica e cirúrgica. (Ortopedista 5)

A medicação intra-articular tem que ser o especialista, tem que ter um certo conhecimento anatômico, tem que ter experiência. Topo procedimento invasivo tem risco (...) Quando você faz um procedimento técnico invasivo, você tem que estar ciente dos riscos que ele pode ter e tem que ter o conhecimento para tratar as complicações. (Ortopedista 6)

Por outro lado, alguns dos relatos evidenciam a importância do acompanhando de pacientes ortopédicos por médicos em unidades básicas, principalmente para evitar determinados encaminhamentos desnecessários para atenção de média e alta complexidade.

Existem muitos tratamentos que podem ser realizados em um posto de saúde, na atenção básica, se o médico tem conhecimento e tem respaldo para fazer isto. É encaminhado muito para a ortopedia a

osteoporose. A osteoporose não é um tratamento ortopédico, é um tratamento clínico que deve ser acompanhado no posto de saúde. Lombalgia, na verdade os casos que deveriam ser encaminhados para centros secundários são aqueles que não melhoraram ou que são casos mais grave da unidade básica. Se o médico da unidade básica tem uma estrutura, ele não precisa ser encaminhado para um centro secundário ou terciário. Outro exemplo, poliartralgia, o paciente que tem gota, pode ser acompanhado por um clínico geral, mas existe as vezes um erro por parte do médico da atenção básica no encaminhamento dos pacientes, 20% ou 30% não precisavam de encaminhamento. [...] Trabalhei em um posto de saúde que tinha só médicos da família [...] Eu me lembro assim da parte ortopédica, eles tinham uma grupo de orientação de coluna, lombalgia, fazia fisioterapia, fazia exercício e fazia o acompanhamento com o médico do posto de saúde para não precisar encaminhar e acabar saturando a rede secundária e terciária com este tipo de atendimento. (Ortopedista 6).

Os entrevistados foram questionados sobre adoção de estratégias de expansão de atividades clínicas de profissionais não médicos que atuam principalmente em áreas de escassez de médicos, a exemplo de fisioterapeutas, em que percebeu-se uma maior resistências dos entrevistados. Quatro dos entrevistados indicaram que os fisioterapeutas poderiam realizar atividades como acompanhamento pós-cirúrgico e prescrição de órtese; três a realização de encaminhamento de pacientes à outros especialistas e dois o manejo de fraturas. Os demais procedimentos listados foram indicados apenas um vez, que incluem: realizar manobras de redução manual de fraturas e luxações sob assistência, realizar testes ortoépícos, solicitar e interpretar exames de imagem, solicitar exame de eletromiografia e prescrever medicamentos para manutenção de tratamento. Apenas um dos entrevistados apontou que o fisioterapeuta não poderia realizar nenhum dos procedimentos listados:

Acho que nenhum, pois é área de atuação médica, eu sou meio contra isso, eu acho que é uma forma de baratear a saúde, como acontece, por exemplo, na ginecologia em que enfermeira faz parto, acaba estimulando o parto de forma não adequada. Eu acho que é um ato médico, que deve se restringir ao médico. (Ortopedista 5)

Os principais motivos apontados para a não realização dos procedimentos e atividades listados pelos fisioterapeutas incluíram a falta de responsabilidade profissional, a falta de treinamento/qualificação adequada e que são procedimentos de ato médico.

Eu não vejo problema nenhum o fisioterapeuta fazer alguma coisa que seja para eu fazer, a coisa principal é: a responsabilidade vai ser a

mesma? Porque eu, como médico, eu tenho que viver a metade do meu tempo atendendo o paciente e resolvendo o problema dele e a outra metade vendo o que ele pode entrar com processo. [...] Eu não sou Deus, o que eu faço eu aprendi treinando, ele pode treinar e fazer do mesmo jeito. Agora a questão é a responsabilidade é a mesma? Se for não tem problema nenhum, pode fazer o que quiser [...] A minha responsabilidade é muito maior. [...] Não é função do fisioterapeuta fazer diagnóstico. Você faz o teste para dar diagnóstico. Esses exames ele vai entendê-los? Ele vai saber ler o que está escrito aí, ele vai fazer um diagnóstico disso? Hoje a fisioterapia não tem a função de dar o diagnóstico e dar o tratamento para o paciente. Ele é terapia. Ele não faz essa parte. Essa parte é do médico fazer. (Ortopedista 1)

É difícil responder, pois não sei o que o fisioterapeuta aprende. Mas pedir exames de imagem ortopédica é cheio de nuances e nem os médicos recém-formados às vezes conseguem. Então eu não acho que ele tem essa habilitação. Ele teria que fazer outra faculdade [...] [Prescrever medicamentos] Alguns poderiam até, mas outros são difíceis né. Renovar antibiótico, ele conhece o antibiótico, sabe que tá na hora de parar, sabe avaliar se a ferida já está na hora de interromper o antibiótico? Sabe avaliar a osteomielite se é aguda, se é crônica, quantos dias trata a crônica, quantos dias trata o agudo. É complicado né. O profissional tá habilitado? [...] porque se não começa uma invasão de áreas. [...] Ele pode achar que está habilitado e não estar. Ele pode querer tomar decisões que não cabe a ele. (Ortopedista 3)

A questão da responsabilidade profissional também foi apontada com relação à atuação dos técnicos com formação em imobilização ortopédica, estando condicionada sempre à supervisão direta do ortopedista:

Por exemplo, quem faz o gesso é o técnico de gesso, se der problema quem paga sou eu, porque a imobilização, ela é um procedimento médico [...] Então tem um problema, o paciente entra em processo com relação a isto, sou eu quem respondo e não o técnico. (Ortopedista 1)

O gesso pode fazer o gesso de acordo com a tua orientação. Você tem que estar lá, qualquer ortopedista sabe disso. O gesso é um tratamento. É um ato médico. Se o gesso fizer errado, não é culpa do gesso, é culpa sua. (Ortopedista 6)

Oftalmologistas

A maioria dos entrevistados atuava em clínicas especializadas privadas e em estabelecimentos com vínculos SUS. Quanto às características demográficas, a maioria

era do sexo masculino e na faixa etária de 30 a 40 anos de idade. Todos residiam em Cuiabá, sendo que apenas dois eram naturais da cidade.

O ano de graduação em medicina variou entre 1986 e 2013. Com relação ao local de graduação, três se formaram no mesmo município de nascimento, um formou em município diferente mas no mesmo estado e os outros quatro em estados diferentes. O tempo de atuação nas especialidades pesquisadas variou entre dois e 22 anos. Cinco entrevistados possuíam também alguma experiência na APS (Tabela 36).

Tabela 36– Perfil dos oftalmologistas entrevistados – Região Entorno de Cuiabá, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8
Município da entrevista /UF	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT
Cenário da entrevista	Clínica especializada privada (Não SUS)	Hospital público	Clínica especializada pública	Hospital especializado do privado (SUS)	Consultório isolado	Clínica especializada da privada (Não SUS)	Clínica especializada privada (SUS)	Hospital público
Vínculo de trab	Autônomo	Celetista (EBSER H)	Estatutário	Autônomo	Autônomo PJ (proprietário)	Autônomo	Autônomo	Bolsista
Município de residência	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT
Naturalidade/UF	Cuiabá/MT	Curitiba/PR	Tanabi/SP	Cuiabá/MT	Curitiba/PR	Juiz de Fora/MG	Anicuns/GO	Mirassol d'Oeste/MT
Sexo	Mas.	Mas.	Mas.	Mas.	Fem	Mas.	Mas.	Fem
Idade	42	38	45	37	35	40	57	27
Ano de graduação	1999	2002	1997	2002	2003	1999	1986	2013
Município/UF graduação	Cuiabá/MT	Curitiba/PR	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Barbacena/MG	Cuiabá/MT
Tempo de atuação na especialidade (anos)	15	9	13	11	10	11	22	2
Possui outra especialidade	Não	Não. Sub - retina	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Tempo de atuação na APS	1 ano	-	1 ano	2,5 anos	2 meses	1 ano	-	-

Fonte: EPSM 2015; FAME - Faculdade de Medicina de Barbacena; UFMT – Universidade Federal do Mato Grosso; UFPR – Universidade Federal do Paraná; UNIC – Universidade de Cuiabá

Para a maioria dos oftalmologistas entrevistados, os casos clínicos mais frequentes são os de refração (Oftalmologista 1, 3, 6, 7, 8), seguidos por casos de glaucoma e catarata (Oftalmologista 1, 2, 3, 6, 8) e pterígio (Oftalmologista 2, 3, 7). Com relação a patologias sistêmicas, os citados como mais relevantes foram a hipertensão e o diabetes com acometimento ocular, como a retinopatia diabética

(Oftalmologista 2, 8). Foram citadas também as doenças irritativas de superfície e as conjuntivites, tanto alérgica quanto bacteriana (Oftalmologista 1). Segundo um dos entrevistados: *“Dentro da oftalmologia os (casos) mais frequentes são catarata, glaucoma, descolamento de retina, retinopatia diabética, desordens de superfície ocular, pterígio”* (Oftalmologista 2).

Em locais de maior complexidade tecnológica, as cirurgias de catarata são as mais realizadas. Segundo o oftalmologista 7, que atua em um instituto de referência em catarata no estado de Mato Grosso, são realizadas pela instituição 200 a 400 cirurgias de catarata por mês: “O nosso forte aqui é a cirurgia de catarata e pterígio mesmo, e glaucoma - segmento anterior. [...] O principal é refração e captar as cirurgias”. Já o hospital privado opera 20 pacientes de catarata por semana, casos provenientes de todo o estado (Oftalmologista 4).

Em outras clínicas especializadas, a cirurgia representa menor parcela dos atendimentos, menos de 10% do volume total (Oftalmologista 1). Segundo a oftalmologista 8, no local onde atua são realizadas cerca de 30 a 40 consultas por dia, e apenas duas cirurgias por dia. Além da catarata, foram citados casos de retina, pterígio e os transplantes: “O grosso da oftalmologia a gente faz: retina, transplante, catarata. Eu queria operar todo mundo que eu atendo, mas não dá [risos].” (Oftalmologista 1)

Eu sou especialista em cirurgia do segmento anterior. Então temos aí mais ou menos 50% da minha agenda são pacientes que me procuram espontaneamente, aí é consulta pra refração, mas os outros 50% já vêm encaminhados, ou pra cirurgia de catarata ou pra cirurgia de glaucoma ou pra cirurgia de transplante de córnea, ou para propedêutica de glaucoma e de doença de córnea. (Oftalmologista 6)

Três especialistas relataram atender muitos casos de emergência, como traumas, quadros de perfuração e de corpo estranho. Um em consultório isolado, outro em clínica especializada e o último no pronto socorro (Oftalmologistas 5, 1 e 6, respectivamente).

Eu sou especialista em córnea, então eu trato bastante emergências, ferimentos, trauma ocular que atinge diretamente a córnea, primeira parte do olho e pacientes acidentados - trauma com esmeril, corte, trauma de ferro, e até muito paciente com baixa de visão importante, alterações como ceratocone, ectasias corneanas, atendo pacientes pós transplantes que não deram muito certo e acabam chegando aqui pra gente com baixa visão, às vezes com lente de contato e astigmatismo alto. (Oftalmologista 5)

Quanto aos procedimentos que realizam com maior frequência, os entrevistados citaram a consulta oftalmológica e a realização de exames complementares, como angiografia, *laser*, tomografia, ultrassonografia ocular, biomicroscopia, fundoscopia, topografia computadorizada, microscopia especular, paquimetria ultrassônica, mapeamento de retina e papiloscopia.

A consulta envolve vários exames. A refração, que é o óculos, a gente mede em todos os pacientes aqui, a gente avalia, pressão intraocular, fundoscopia a gente faz em todos os pacientes de primeira consulta. Não tem um que faço mais, eu faço isso em todos. Aí quando tem algum outro mais específico, que a gente faz um exame mais detalhado, que é o OCT, uma retinoscopia. (Oftalmologista 8)

Com relação à participação de residentes nas cirurgias, um entrevistado explicou que depende da complexidade destas. Como exemplo, citou que os residentes R1 iniciam fazendo cirurgia de pterígio, que é uma cirurgia mais simples, não tão invasiva e que precisa de poucas técnicas para ser realizada. Já a cirurgia de catarata, que é, segundo o entrevistado, uma cirurgia mais trabalhosa, o preparo do paciente e início da cirurgia é feito por um residente R2, e o R3 é quem efetivamente faz a cirurgia. Finalmente, os R3 também realizam cirurgia de glaucoma e de retina (Oftalmologista 8).

Com relação à origem dos pacientes atendidos pelos especialistas, a maioria é proveniente de Cuiabá (cerca de 80% segundo o Oftalmologista 6) e interior do estado do Mato Grosso. Porém, os entrevistados relataram que também atendem pacientes de outros estados, como Rondônia, Pará e Amazonas (Oftalmologista 1, 2, 5). Segundo os oftalmologistas este fluxo varia de acordo com o objetivo do encaminhamento:

Consulta de oftalmologia geral vem a maioria de Cuiabá, mas para retina e subespecialidades, pacientes de fora. Um ou outro que consulta em hospital na divisa do estado eles encaminham ou paciente que vem passar férias na casa de parente aí consegue uma consulta. (Oftalmologista 8)

Aqui são atendidos, na parte de consultas, todos os pacientes do município de Cuiabá. E pra cirurgias, que a gente faz muita cirurgia aqui de catarata e pterígio, isso é do estado inteiro.[...] Cirurgias tem convênio com prefeituras do estado inteiro e tem muita gente que vem de fora também, de outros estados. (Oftalmologia 7)

Foi possível observar a falta de conhecimento sobre o fluxo de encaminhamento destes pacientes, evidenciado por falas como “Eu não sei como é que eles conseguem, se tem endereço, parente aqui. [...] Eu não entendo esta parte administrativa” (Oftalmologista 2).

Sobre a participação em mutirões em Cuiabá e no interior, cinco profissionais (1, 2, 5, 7, 8) relataram já ter participado de mutirões, porém a maioria citou que atualmente mutirões de cirurgias não são mais realizados e outros tipos de mutirão ocorrem com menor frequência.

Segundo os entrevistados, os mutirões de oftalmologia são uma iniciativa da Associação de Oftalmologia, do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, do serviço Lions, do Ministério da Saúde ou do próprio serviço de saúde. Alguns mutirões citados foram o Dia do Glaucoma, organizado pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia no dia Nacional do Glaucoma, no qual são realizados exames de glaucoma em todas as capitais; o Dia Nacional da Saúde, iniciativa do Ministério da Saúde que conta com especialistas, clínico geral e oftalmologista, dentre outras ações; e a iniciativa do próprio serviço:

Às vezes a gente faz mutirão. Agora a gente está com uma proposta de fazer mutirão de capsulotomia [...] Então algumas vezes são feitos alguns mutirões, que o serviço mesmo faz. Mas tem outros serviços que fazem também, pelo SUS. (Oftalmologista 8)

Tinha feito com mais frequência e agora está retomando. A própria Associação que está fazendo ações, planejando agora ações em conjunto com a Secretarias Municipais de Educação para fazer o atendimento de crianças. A gente fazia anualmente o atendimento de glaucoma, mas por problemas burocráticos não foi feito ano passado. Esse ano, normalmente a gente fazia no começo de abril ou fim de março, a gente vai fazer em setembro. Então a gente tem feito bastante mutirões sim. (Oftalmologista 4)

Apenas um entrevistado (Oftalmologista 6) citou o papel do Estado na organização de mutirões, porém outro criticou a falta de atuação estadual na assistência à pacientes de áreas remotas: “Normalmente os mutirões realizados aqui foram iniciativa ou da Associação ou do CBO, ou do Lions, o Estado não tem nenhum programa de atendimento para aliviar a barra da galera aí.” (Oftalmologista 1)

Outra forma de mutirão citada pelos entrevistados foi o “Dia multi-ação”, promovido pelo município em parceria com outras entidades, e durante o qual vários

serviços são oferecidos à população. Quanto ao serviço oftalmológico este mutirão se destina ao atendimento clínico de pacientes:

Aqui a gente participa do Multi-ação, inclusive sábado agora tem. O multi-ação é como se fosse um mutirão em algum setor que a prefeitura, FIOTEC, SESI promove a chama a gente para participar na parte ocular. Lá faz identidade, corta o cabelo, é o multi-ação. Isso aí eles fazem os setores com várias assistência, e um deles é a oftalmo. [*E é o único que você participa?*] Não, a gente faz também isso nos interiores em parceria com as prefeituras e as vezes convênio com o Lions. Que aqui é o Instituto Lions da visão, então tem esses Lions, que são entidades filantrópicas do interior que a gente vai lá. Eles organizam, chamam a gente e a gente vai lá. A parte social isso, né? [*Mas é remunerado?*] Sem remuneração. A remuneração que a gente tem é o seguinte, porque nesses casos a gente vai para captar as cirurgias que a gente vai operar aqui [...] Aí as prefeituras organizam e trazem o ônibus com 30, 40 pacientes aqui. (Oftalmologista 7)

Verificou-se que não existe em Cuiabá o modelo de mutirão de cirurgias feito por ônibus/caminhões itinerantes. Segundo um dos entrevistados, a ausência destes mutirões se deve à existência, em Cuiabá, de muitos hospitais e clínicas de oftalmologia que inclusive participam do SUS, para fazer essas cirurgias de catarata. Além disso, foi destacada a falta de demanda reprimida para realização desse tipo de mutirão: “Toda semana tem o dia certo. Aí não fica acumulando tanto catarata” (Oftalmologista 5). “Mutirão de cirurgia a gente tem feito pouco porque não está tendo demanda. Hoje não tem fila pra cirurgia de catarata” (Oftalmologista 4).

Dois oftalmologistas criticaram os mutirões de cirurgia de catarata. Eles citaram problemas relacionados às complicações cirúrgicas, à falta de um acompanhamento adequado após a cirurgia e até mesmo à falta de indicação cirúrgica, ressaltando que o elevado número de pacientes atendidos provavelmente contém pessoas que não tinham indicação terapêutica para tal, e que como os contratos são fechados a um valor elevado, acima do praticado por cooperativas, a motivação do mutirão muitas vezes é mais econômica que humanitária. Para exemplificar, o oftalmologista 4 citou que na região Barra dos Garças existe a proposta de mutirão itinerante, mas que na região não há fila de espera e existem oftalmologistas para realizar o atendimento da população.

E é um negócio que a gente tem brigado inclusive contra, porque a gente fala que o mutirão da iatrogenia. Deixa uma leva de *nhaca* que depois a gente tem que resolver. O cara chega, monta o caminhão, faz tantas mil cirurgias e nenhum pós operatório. No outro dia faz um

curativo, bate nas suas costas e tchau. Isso não existe! Você tem que ver uma semana, depois tem que ver o mês. E as complicações? Quem vai olhar o paciente? (Oftalmologista 4)

Já teve no município. Mas dá muito problema, de infecção, infecção pós operatório, paciente insatisfeito porque faz a cirurgia e depois sente qualquer problema e não consegue ter o atendimento médico adequado. Já teve alguns mutirões aqui, mas gora não tem mais não. (Oftalmologista 6)

Os entrevistados citaram diferentes formas de populações de áreas remotas e sem profissionais especialistas obterem acesso a atendimento oftalmológico, tanto clínico quanto cirúrgico. O mais citado foi o encaminhamento via sistema de regulação do SUS para os polos de saúde (Oftalmologistas 2, 4, 6, 8), embora um dos entrevistados tenha ressaltado que muitas vezes este encaminhamento segue para o serviço particular:

É difícil, o estado do Mato Grosso é muito grande, tem regiões muito afastadas e eles vão nas cidades um pouco maiores. O problema é que eu acredito que na maioria das vezes o atendimento seja particular. Muita gente é encaminhada por serviços particulares, tanto no meu consultório, porque o especialista lá não tem recursos, quanto aqui mesmo. (Oftalmologista 2)

Outros dois citaram que especialistas das cidades polos visitam regularmente as cidades menores que não tem profissionais fixos na região, por exemplo, uma vez por semana, ou uma semana sim e uma semana não (Oftalmologistas 1 e 4). Um deles citou também o atendimento por optometristas: “A gente tem hoje alguns municípios onde a gente tem até, infelizmente, alguns optometristas atuando, mas você tem municípios próximos onde o próprio colega médico vai” (Oftalmologista 1)

Outra forma de acesso citada foi por meio da licitação de atendimento realizada pelo governo do Estado, no qual o grupo que ganha a licitação contrata os oftalmologistas que irão até as cidades para realizar as consultas oftalmológicas. Segundo a entrevistada 5, estas visitas acontecem todo mês e os especialistas ficam de uma a duas semanas no interior, dois ou três dias em cada cidade sendo comum ir para o Norte do estado. Os especialistas atendem pacientes encaminhados pela Secretaria de Saúde da cidade após avaliação de um clínico geral.

Dentre os materiais que são levados para a cidade a entrevistada 5 citou a coluna de *green*, projetor, e uma lâmpada de fenda, tonômetro, lentes (para fazer exame de fundo de olho) e o oftalmoscópio direto. Segundo ela, com essa aparelhagem é possível

realizar exame de fundo de olho, medir pressão e identificar problemas de visão: “Muitas vezes não consegue resolver, nem saber muito específico porque começou a ter aquele problema, mas identificando o caminho a seguir a gente consegue pedir exames. O paciente vai pra um lugar mais especializado”. Entretanto, ela ressaltou a precariedade deste tipo de atendimento devido ao elevado número de pacientes atendidos e falta de materiais adequados:

Eu já fiz atendimento assim a gente atende em média 120/130 pessoas por dia em dois ou três dias. É um atendimento que muitas vezes é precário, é muito rápido, desgasta muito tanto o profissional quanto os pacientes, que ficam esperando. É pouco tempo pra você ver o paciente e o material também, que a gente tem que levar, e não dá pra levar tudo, e muitas o material não está esterilizado para fazer os exames. É um atendimento muito precário. (Oftalmologista 5)

Quanto ao atendimento cirúrgico foi citado o Consórcio intermunicipal no qual quatro ou cinco municípios menores se organizam em consórcio juntamente com uma cidade polo, que possua mais estrutura. Entretanto, pela fala do entrevistado foi possível perceber que a realização de cirurgia nestes locais não é o mais comum, e que o fluxo de pacientes mesmo nestes caos é do interior para a capital:

Nós fomos por um colega que atendia pacientes do SUS, mas não operava os pacientes. Então tinha uma fila de pacientes de cirurgia de catarata e ele intermediou, a gente negociou com a prefeitura e foi lá, pela própria tabela SUS, para operar os pacientes lá. Mas acabamos depois fazendo só uma vez lá e o resto nós fizemos aqui. Os pacientes vinham aqui porque a estrutura lá, não tinha estrutura, apesar de ser uma cidade de médio porte não tinha estrutura para você fazer procedimentos oftalmológicos. Então para você operar, e para operar um volume grande, você precisa ter uma estrutura de esterilização rápida, de enfermagem treinada para isso, toda a estrutura do centro cirúrgico para poder fazer esse atendimento. (Oftalmologista 1)

Ao serem questionados sobre os casos da oftalmologia que poderiam ser resolvidos por médicos das UBS, os oftalmologistas ressaltaram a necessidade de equipamentos e de treinamento para resolver casos de oftalmologia, além da elevada demanda que o médico já possui na UBS. De maneira geral, afirmam que o médico da atenção primária está apto apenas a triar e encaminhar os pacientes. As seguintes falas ilustram estes argumentos: “A oftalmologia, assim como algumas especialidades

médicas, o médico generalistas se ele não tiver o mínimo treinamento para isso, e equipamento, ele não consegue fazer” (Oftalmologista 1).

Existem algumas disciplinas em boa parte das faculdades de medicina no Brasil que são muito específicas e pouco vistas durante a faculdade. Uma delas é a oftalmologia, que é muito, muito específica e precisa de aparelhagem. E esses médicos não vão ter os aparelhos específicos. (Oftalmologista 2)

Eu acho que nenhuma função do *oftalmo* consegue ser executada por clínico geral. O máximo que ele consegue, por exemplo, é avaliar uma fundoscopia, e aí se ele ver uma coisa muito alterada, que é uma coisa mais grosseira, ele consegue identificar e mandar pro *oftalmo*. Porque são exames que tem uma curva de aprendizado grande, e na faculdade você não é preparado para isso. (Oftalmologista 8)

Passar óculos é uma arte. O cara não consegue colher um Papanicolau, atender uma criança, ver um velhinho e depois passar um óculos. Isso não existe. O médico vai ficar incapacitado. (Oftalmologista 6)

A gente vira e mexe recebe pacientes aqui do entorno, de cidades menores, semana passada um médico de Mimoso, um médico da família lá me encaminhou porque o cara estava com dor e ele estava suspeitando de glaucoma por causa dos sintomas. E acertou, entendeu? Então assim, existe e isso sempre vai existir. O médico consegue detectar algumas coisas mais urgentes que ele precisa encaminhar. (Oftalmologista 4)

Entretanto, os entrevistados concordaram que existem atividades que poderiam ser realizadas, tais como ‘Realizar teste de motilidade ocular’ e ‘Realizar teste de acuidade visual’, citadas por pelo menos cinco dos entrevistados. Com relação ao teste de acuidade visual, o oftalmologista 4 acrescentou que: “Isso é importante, deve sair da faculdade sabendo. Você pega um colégio, pega 100 alunos, se você identificar os cinco que efetivamente não enxergam você já eliminou 95 consultas desnecessárias. Coisa que até o professor deveria saber fazer”. Outras atividades como ‘Realizar pré-operatório de cirurgias’ e ‘Fazer acompanhamento de doenças oculares em conjunto com o oftalmologista’ foram citadas por quatro profissionais.

As seguintes atividades foram citadas por dois entrevistados com ressalvas: ‘Diagnosticar infecções oculares comuns’, na qual citaram ser possível diagnosticar e tratar apenas as conjuntivites superficiais e alergias oculares e alertaram para o risco de cegueira em casos de tratar erroneamente casos de uveíte e de ceratite como se fossem conjuntivites; ‘Realizar tonometria’, para a qual um dos oftalmologistas ressaltou se

tratar de tonometria bidigital e não à tonometria realizada por meio de tonômetro, que é um aparelho caro e que seria subutilizado na UBS; ‘Diagnosticar doenças mais prevalentes como glaucoma e catarata’, um deles acredita que é possível diagnosticar apenas catarata avançada e o outro acredita que pode diagnosticar glaucoma, catarata e pterígio, ou pelo menos triar estes casos.

Apenas um oftalmologista citou as atividades de ‘Diagnosticar doenças sistêmicas a partir de sinais e sintomas oculares’, ‘Prescrever medicamentos de uso ocular’ e ‘Realizar exame de fundo de olho’, ressaltando que “O fundo de olho é quase uma obrigação o medico saber fazer. Reconhecer o nervo. Isso vai entrar na capacitação também, porque você vai diagnosticar, por exemplo, uma neurite óptica, uma esclerose múltipla, uma alteração causada pelo diabetes, uma obstrução vascular. Fundo de olho é uma obrigação do médico, não do oftalmologista.”

Quanto à remoção de corpo estranho da córnea, dois oftalmologistas argumentaram que o clínico deve apenas prestar o primeiro atendimento, que consiste em utilizar pomada, colírio ou antibiótico, fechar o curativo e encaminhar para um oftalmologista devido ao risco de danificar a retina e outras estruturas oculares.

Não, isso é um perigo. A maioria da população brasileira tem a íris escura, quando você tem um corpo estranho, principalmente fagulhas metálicas, ela bate no olho, fica escura igual à íris. Existem N casos de perfuração do olho, remoção de retina, danificação do olho. Precisa saber com muita intimidade as estruturas oculares. Isso não dá pra pegar uma sala com 100 médicos e capacitar nisso. Coloca um anestésico e um protetor ocular e encaminha. (Oftalmologista 4)

Além das atividades listadas, os entrevistados citaram que os médicos da atenção primária poderiam realizar teste do reflexo vermelho retiniano (teste do olhinho) e a triagem em pacientes diabéticos, hipertensos e portadores de doenças reumatológicas quanto à necessidade de encaminhamento para oftalmologista, bem como a triagem de estrabismo em crianças.

Já com relação aos optometristas, todos os oito entrevistados se posicionaram contra este profissional e citaram que a interiorização da saúde depende de fatores que estão mais relacionados à gestão do que ao médico. Segundo os entrevistados, o problema da má distribuição de médicos especialistas no interior se deve à falta de infraestrutura e de boas condições de trabalho, aos baixos salários e ao descumprimento de propostas de trabalho pelas instituições.

Se tivesse concursos públicos com salários razoáveis, com estabilidade e tudo, eu acredito que seria, e estrutura adequada para atendimento, acho que a gente teria uma interiorização da saúde, não só do médico, muito melhor do que a gente tem hoje. [...] Eu preferi ficar só na área privada porque não teve nenhum concurso atrativo na área pública. Se tivesse é lógico que eu teria interesse, porque você tem outros benefícios. (Oftalmologista 1)

Aumentar a estrutura no interior para atrair o médico. Chega lá, você faz um contato com a prefeitura ele te oferece um salário bom, aí você recebe um mês, dois meses. No terceiro mês você já não recebe mais. Aí você tem que levar pra justiça, aí você vai embora. Aí outro vem. Então vai afastando o médico de ir para o interior. Você quer operar e não tem condições de operar lá. Você se especializa, faz toda a sua parte aí você vem para trabalhar e não tem estrutura. Você não vai ficar lá, você vai vir embora! (Oftalmologista 3)

Os profissionais entrevistados apresentaram uma preocupação quanto ao preparo do optometrista em desempenhar tarefas clínicas, já que consideram a sua formação insuficiente. Argumentaram que os optometristas estão qualificados para confeccionar os óculos, mas não para o exame ocular, e que isto pode atrasar o diagnóstico de doenças e inclusive acarretar cegueira:

O optometrista tem uma formação, no Brasil, para aviação de receita, pegar a receita feita pelo médico e confeccionar os óculos. Ele tem até uma formação boa na parte ótica para trabalhar a confecção de óculos, mas no exame clínico do paciente eu acho que falta muita qualificação e aí acaba que o paciente pode perder muito tempo no diagnóstico, porque muitas vezes pode ser feito um teste de refração que aparentemente melhora a visão do paciente, mas o paciente tem outro problema como glaucoma e aí o diagnóstico tardio pode levar o prejuízo ao paciente. É um suposto atendimento que não vai resolver o problema. (Oftalmologista 6)

O curso para um oftalmologista é de 3 anos, o curso de um optometrista é super reduzido. E outra, o exame oftalmológico ele não se baseia no óculos, precisa fazer uma fundoscopia, porque as vezes o paciente não enxerga muito bem não é por causa de óculos, é porque ele tem uma retinopatia diabética, ou ele tem uma catarata, e o optometrista ele nunca vai conseguir ver isso. Então eu acredito que não existe um exame só para óculos, existe o exame do olho como um todo. (Oftalmologista 8)

Aqui pega direto paciente com outras patologias, já em caso de cegueira porque ficou protelando, fazendo óculos, óculos, óculos e acaba com glaucoma, e eles não dão o diagnóstico disso. Então refração ela não pode ser dissociada do atendimento oftalmológico, não dá. Por mais que eles falem, se você ficar aqui na prática você vai ver. (Oftalmologista 3)

Se eu acho perigoso um médico no interior avaliar um glaucoma, quicá um cara que nem entende de medicina. Eventualmente, um paciente vai ao consultório pra ver o óculos, mas na verdade o que ele está tendo são já consequências do diabetes. E esse cara vai ser atropelado pelo optometrista e vai ficar cego lá na frente. (Oftalmologista 4)

Além disso, a questão mercadológica foi motivo de preocupação por parte dos profissionais, argumentando que a prescrição de óculos é feita indiscriminadamente pelos optometristas:

A refração que é o que eles (*optometristas*) fazem, ela dá para dissociar isso das patologias. E aí eles levam tudo para a refração. Então a parte mercantilista disso aí, que domina a conduta deles. É uma reserva de mercado, eles querem entrar nesse mercado e aí quando eles entram eles confundem tudo. Querem só fazer a refração e fazer a venda casada de óculos. [...] Tem uma rua aqui, rua Mariana, que é a rua das óticas, tem mais de 50 óticas. Se você passar lá vira e mexe você vai ver: Aqui faz exame oftalmológico. Chega lá, chama a polícia ele pula o muro e sai correndo. Prendem os aparelhos e eles compram outros. E geralmente eles são donos das óticas. Venda casada mesmo. Poucos têm o discernimento de encaminhar, sabe? Mas muitos não querem perder a venda do óculos. Dificilmente você vai chegar lá e sair sem óculos. Seja catarata, glaucoma, eles vão dar um jeito de vender um óculos pra você (Oftalmologista 3)

O mesmo caso pro glaucoma, o glaucoma é um doença silenciosa. O cara com pressão de 26 não sente nada e tá muito alta a pressão em dois anos ele está cego. Ele não está enxergando de perto, o optometrista bate nas costas Não vou te cobrar nada, bate nas costas e vai passar um óculos de leitura, que é fácil de fazer, passa aquela falsa impressão pro paciente que resolveu e daqui a dois anos ele aparece cego e glaucoma é cegueira irreversível. (Oftalmologista 4)

Considerando as atividades que os optometristas poderiam desempenhar em áreas geográficas remotas e com escassez de especialistas, apenas dois entrevistados afirmaram que pelo menos uma das seguintes atividades poderiam ser desempenhadas: ‘Realizar teste de refração clínica’, ‘ Realizar teste de refração automática em

indivíduos de baixo risco’, ‘Adaptar e dispensar óculos’, ‘Diagnosticar infecções oculares comuns e doenças mais prevalentes como glaucoma e catarata’ e ‘Encaminhar a partir de doenças identificadas’. Segundo os oftalmologistas, o optometrista não deve tratar nenhuma doença, pois ele não está preparado para lidar com as complicações do tratamento.

A responsabilidade de um médico que prescreve as medicações é totalmente diferente daquele que só faz o diagnóstico. Se a pessoa quer tratar alguma coisa ela tem que ser capaz de lidar com a situação e tratar as complicações. A partir do momento em que o optometrista seja capaz de lidar com patologias e lidar com a reversão de qualquer complicação que pode ter do tratamento, ele pode tratar. (Oftalmologista 5)

Outra atividade citada foi a triagem da acuidade visual: “Eu acho assim, é até uma orientação que eu tenho do Conselho de Oftalmologia, eu acho que o único exame que o optometrista poderia realizar para ajudar o paciente seria o teste de acuidade visual também.” Oftalmologista 6

Finalmente, foi possível observar que a prática independente do optometrista não é aprovada pelos oftalmologistas, que propõem um trabalho conjunto:

Optometrista poderia ter alguma função se ele trabalhasse junto com o médico, por exemplo, aqui dentro tivesse um optometrista que fizesse a parte da refração do lado e depois ele entrasse para o médico avaliar pressão, fundo de olho, as estruturas oculares, tudo. Para ver se precisa de óculos ou não. (Oftalmologista 3)

Quando questionados sobre o trabalho em conjunto a outros profissionais não-médicos os entrevistados citaram o auxílio de enfermeiros, técnicos e secretárias. Dentre as atividades desempenhadas por enfermeiros foram citadas operar máquinas de exames que não exigem conhecimento profundo, realizar exames de topografia, campo visual, cálculo de lente de catarata, auto-refração e dilatação (oftalmologista 1, 2, 3, 6).

Dentro da oftalmologia existem vários exames que são feitos por aparelhos, por exemplo, auto-refração, que dá o grau de óculos da pessoa aproximado, e que o objetivo do enfermeiro ou do técnico de enfermagem é basicamente só colocar o paciente em frente ao aparelho e apertar o botão. E com esse valor aproximado a gente calcula o valor específico da pessoa. Então é só para facilitar e tentar agilizar a consulta. Mas os dados da consulta em si é sempre com o médico. (Oftalmologista 2)

Um dos entrevistados citou ter enfermeiros na equipe, mas que estes profissionais atuam somente na sua função “Cada um na sua função. Tem enfermeiros e técnicos mas as enfermeiras fazem as atividades de enfermagem mesmo” (Oftalmologista 7).

Já as atividades delegadas para os técnicos envolviam tanto serviços administrativos, como buscar prontuários, como dilatar a pupila e realizar a auto-refração de pacientes (Oftalmologistas 4 e 8). Além disso, o oftalmologista 4 acrescentou outros exames, semelhantes aos já citados para os enfermeiros pelos outros entrevistados:

A técnica pinga colírio para dilatar, fazem a higienização ocular, anestesia, coloca iodopovidona diluído e prepara pro ato cirúrgico. Montagem de aparelhos. Vários exames as técnicas fazem e a gente lauda, campo de visão, topografia, microscopia especular, ela faz. A gente vê se está dentro dos parâmetros. (Oftalmologista 4)

Médicos da APS

As cinco médicas entrevistadas durante o campo eram do sexo feminino, brasileiras e com idade variando de 27 a 54 anos. Nenhuma era natural de Cuiabá; três eram naturais do mesmo estado em que foram realizadas as entrevistas e duas eram naturais de municípios de São Paulo. Todas residiam no município pesquisado. Com relação à graduação, apenas uma não graduou no estado de sua naturalidade; duas graduaram no mesmo município em que foram realizadas as entrevistas.

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de 1 mês a 27 anos, e o tempo de atuação na UBS visitada variou de 1 mês a 15 anos. Uma médica era bolsista do ‘Programa Mais Médicos’, três eram contratadas temporariamente pela administração pública e apenas uma era estatutária. Duas possuíam título de médico da família e comunidade e uma de ginecologista e obstetra, que também se especializou em medicina legal, posteriormente. Duas das entrevistadas declararam possuir outro trabalho, uma como preceptora em Universidade e outra em consultório particular (Tabela 37).

Tabela37: Perfil dos médicos entrevistados – Campo Baixada Cuiabana – Abril, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4	5
Município da entrevista	Várzea Grande	Cuiabá	Cuiabá	Cuiabá	Distrito de Cuiabá
Naturalidade/UF	Neves Paulista/SP	Cáceres/MT	Chapada dos Guimarães/MT	Guiratinga/MT	Bragança Paulista/SP
Município de residência	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade (anos)	28	27	28	32	54
Ano de conclusão da graduação	2011	2013	2015	2013	1985
Município/UF de graduação	Ribeirão Preto/SP	Cacoal/RO	Cuiabá/MT	Cuiabá/MT	Bragança Paulista/SP
Tempo de atuação na APS	4,5 anos	4 meses	1 mês	3 anos	27 anos
Tempo de atuação na UBS	1 mês	4 meses	1 mês	2,5 anos	14 anos
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40	40	36
Vínculo de trab. na UBS	Contrato temporário	Bolsista (PMM)	Contrato temporário	Contrato temporário	Estatutária
Possui título de especialista	Sim	Não	Não	Sim	Sim
Possui outro trabalho	Sim	Não	Não	Não	Sim

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2016

Considerando que uma das médicas entrevistadas é especialista em ginecologia e obstetrícia (GO), (médica 5) o questionário não foi inteiramente aplicado à mesma, pois a prática da mesma na UBS se restringia à GO.

Quanto às atividades relativas à especialidade ortopedia abordadas no questionário, todas entrevistadas afirmam realizar tratamento de lombalgia. Já a imobilização de fraturas é realizada apenas por uma das médicas na UBS (médica 2), as outras três, no entanto afirmaram que sabem realizar o procedimento. Um das entrevistadas (médica 3) relata ainda que se tivesse Raio-X na unidade onde atua, estaria disposta a realizar mais procedimentos na área da ortopedia.

Sobre a possibilidade de realizarem infiltração anestésica intra-articular no Brasil – como já ocorre em áreas remotas e desassistidas do Canadá – todas as entrevistadas afirmaram estar dispostas, mediante capacitação: “Com capacitação, né?! Porque ela que vai trazer a confiança pro profissional desempenhar *[esta atividade]* (Médica 4).

Quanto às atividades específicas da oftalmologia, o atendimento às queixas de diminuição da acuidade visual é desempenhado apenas por uma das médicas na UBS (médica 3), uma afirma que não realiza, mas sabe fazer (médica 4) e duas indicaram não sabem fazer (médicas 1 e 2). A triagem de acuidade visual é realizada por duas das entrevistadas (médicas 3 e 4); na UBS, uma indicou que não realiza, mas sabe (médica

1) e outra que não realiza e não sabe(médica 2). Já queixas de olho vermelho são tratadas pelas quatro médicas entrevistadas nas UBS.

Ao serem questionadas sobre a qualidade da disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, duas avaliaram como muito ruim (médica 1 e 2), outra, como ruim (médica 4) e uma avaliou como nem ruim, nem bom (médica 3). O principal motivo para as avaliações negativas foi o alto tempo de espera.

Uma das entrevistadas afirmou que a rede não é organizada e o encaminhamento fica sob responsabilidade do paciente. Outra médica corroborou esta afirmativa:

A gente tem um sistema central de regulação e de vagas. A gente faz o encaminhamento, entrega na recepção e ela vai pelo sistema. E aí é fila! A gente tem a policlínica do Planalto que tem ambulatório de especialidades. Quando você precisa de uma especialidade que tem aqui, é mais rápido, porque o paciente vai com o encaminhamento direto lá e já marca, sem passar pelo sistema. Quando passa pelo sistema é que demora mais. (Médica 4)

As médicas destacaram maior dificuldade de encaminhamento para determinadas especialidades como ortopedia, oftalmologia, psiquiatria e neurologia.

Gestores UBS

Foram entrevistados quatro gestores em campo, sendo três do sexo feminino e um do sexo masculino. A idade variou de 32 a 48 anos. Três eram formados em enfermagem, sendo que dois possuíam título de especialista (saúde pública e emergências em saúde pública); e um era formado em administração e não possuía título de especialista na ocasião da pesquisa. O tempo de atuação na APS variou de 5 meses a 16 anos, na UBS em que trabalhavam na ocasião da entrevista, de 5 meses a 4 anos e como gestor, variou de 5 meses a 2 anos (Tabela 38).

Tabela 38 - Perfil dos gestores de UBS entrevistados – Campo Baixada Cuiabana – Abril, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4
Município da entrevista	Cuiabá	Distrito de Cuiabá	Cuiabá	Várzea Grande
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade (anos)	32	36	48	40
Tempo de atuação na APS	5 anos	1 ano	5 meses	16 anos
Tempo de atuação na UBS	3 anos	1 ano	5 meses	4 anos
Tempo de atuação como gestor da UBS	3 anos	1 ano	5 meses	2 anos
Formação	Enfermagem	Enfermagem	Administração	Enfermagem
Possui título de especialista	Sim	Não	Não	Sim

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2016

Todos os entrevistados concordam que ‘a atenção primária seria mais eficiente se os profissionais de saúde ampliassem suas atividades clínicas’ e o gestor 4 acrescenta: “Até pelo fato de que, aqui no município, não temos nada aprovado para o enfermeiro. Então a gente faz a consulta de enfermagem e não pode medicar, pedir um exame”. Os entrevistados também concordam que ‘para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessária uma qualificação específica’, sendo que um completou: “[...] e dar autonomia para as coisas que a gente já sabe” (Gestor 1).

Ao serem questionados se ‘algumas atividades executadas por médicos em centro de especialidades poderiam ser realizadas por médicos da atenção básica na UBS’, três concordaram, citando exemplos de pequenas cirurgias, suturas, pequenas urgências, tratamento de sífilis, aplicação de injetáveis (Gestor 1):

Aqui em Cuiabá vocês vão ter um choque [...] a atenção básica é restrita demais! Aqui a gente não faz uma sutura. Pra você ter uma ideia, hoje eu atendi uma mulher com Sífilis e tive que mandar ela pra atenção secundária pra tomar Benzetacil[®]. Eu não tenho nem injetáveis na atenção básica aqui. [...] Os gestores do passado entenderam que a atenção básica não faria esse tipo de trabalho, então tem uma portaria municipal impedindo a gente de realizar injetáveis aqui. A criança com um vômito, que você precisa resolver e não tá parando nada via oral, tem que resolver por via parenteral. [...] Você sabe o que tem que fazer: você tem que hidratar a criança e fazer ela parar de vomitar. Então, se tivesse aqui, você hidratava, aplicava o injetável e ela ia embora pra casa. Não! Agora você tem que mandar pra referência, porque só lá que tem injetáveis. (Gestor 1)

Exames de imagem, como raio-X (Gestor 4) e ultrassonografia (Gestores 2 e 4) também foram citados:

Poderia se eles tivessem as condições de trabalho. Porque muitas vezes eu não tenho nem um aparelho de pressão. E aí ele quer que eu resolva a situação aqui, só que não tem como. [...] Um ultrassom: se tivesse o aparelho a doutora faria aqui. Quantas vezes uma gestante espera pra fazer o ultrassom e quando a central [de marcação] libera a criança já tá nascendo?! [...] Aí dá a entender que aqui na ponta que não funciona, que não resolve, mas o problema tá lá! (Gestor 2)

A mesma gestora conta que já teve casos de o exame de imagem demorar mais de dois anos para ser liberado e complementa: “Às vezes, quando você liga pra falar: “olha, tal exame tá autorizado!”, ouve: “não precisa, essa pessoa já morreu!”. A gente leva na cara! [...] É um desabafo doído, né?!”. Um gestor discorda da afirmativa, e

assegura que “Só encaminha o que não dá pra ser resolvido na UBS mesmo. Já fazem muita coisa!” (Gestor 3).

Três entrevistados concordam que ‘a expansão das atividades de médicos da atenção primária poderia compensar a escassez de médicos especialistas’ e um gestor discorda, alegando que o custo seria alto e teria que melhorar a estrutura do local para permitir que isso acontecesse (Gestora 2). O gestor 4, que concorda com a afirmativa, também aponta a estrutura da unidade como impeditivo para essa expansão.

Todos os gestores concordam que ‘cada município deveria ter autonomia para definir protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde na atenção básica’: “Cada município tem necessidades diferentes do outro” (Gestor 2). O gestor 1 completa:

Você pode pegar o próprio protocolo do ministério e ampliá-lo. Por que não? Se você resolve dar um treinamento mais específico pra sua equipe, trazer um profissional mais adequado [...]. O Ministério traz o mínimo que, ultimamente, eu já tenho achado muito bom.

Eles concordam também que ‘O Ministério da Saúde deveria definir os protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde da atenção básica’, mas um faz uma ressalva: “[...] não dá pra ele definir totalmente sendo que ele não está vendo a realidade aqui na ponta (Gestor 2).

Sobre quem deveria ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde, se o Conselho Profissional ou Ministério da Saúde, três acreditam que o Ministério da Saúde é quem deveria ter a palavra final: “Se o Conselho Profissional determinar o que pode ou não pode fazer, como vai ficar o usuário? Ele vai determinar: “você pode fazer isso, isso e isso”. E a população vai ficar como?” (Gestor 3). Um deles afirma que o Conselho também deveria ser ouvido; e outro afirma que a palavra final deveria ser dada em conjunto.

Já se ‘para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessário mudar a Lei de exercício de cada profissão’, apenas um concorda. Outro, que discorda, afirma que “Seria necessário mais uma capacitação dos profissionais” (Gestor 3).

Foi solicitado aos gestores que citassem alguns casos clínicos da oftalmologia e da ortopedia que poderiam ser tratados por médicos nas UBS’s. Em relação à oftalmologia, os gestores citaram doenças infectocontagiosas oculares (Gestores 1 e 4) e

triagem de acuidade visual, se tivesse a Tabela de Snellen na UBS (Gestores 2, 3 e 4). Os outros casos devem ser encaminhados para o especialista, “[...] por causa da aparelhagem toda” (Gestor 1). O gestores 3 e 4 afirmam que têm pacientes aguardando há mais de 1 ano uma consulta com esses especialistas. O gestor 2 confirma essa informação e acrescenta:

Tem paciente que tá aguardando uma consulta com *oftalmo* já tem dois anos. Então se tiver uma pressão alta ocular vai perder a visão e não vai conseguir. É coisinha que dá pra se resolver [...] Eu acredito que é por falta de profissional no mercado pra atender a demanda, porque a demanda é grande, mas a mão de obra é pouca. (Gestor 2)

O gestor 4 conta que realiza triagem de acuidade visual nas escolas, mas não consegue o encaminhamento. Ele afirma ainda que, devido ao tempo prolongado de espera para oftalmologistas, os pacientes, muitas vezes, optam por pagar uma consulta particular.

Entre os casos referentes à ortopedia, foram citados lombalgias (Gestores 1, 2 e 4), dores articulares e musculares (Gestor 1), torções (Gestor 4), fraturas (Gestor 2) e realização de raio-X (Gestor 3). Este afirma que já tem raio-X, mas está parado há mais de cinco meses; a intenção é reativá-lo, em breve. “Ortopedista tem muita demanda reprimida, assim como o oftalmologista. Demora anos [para se conseguir uma consulta com estes especialistas]” (Gestor 1).

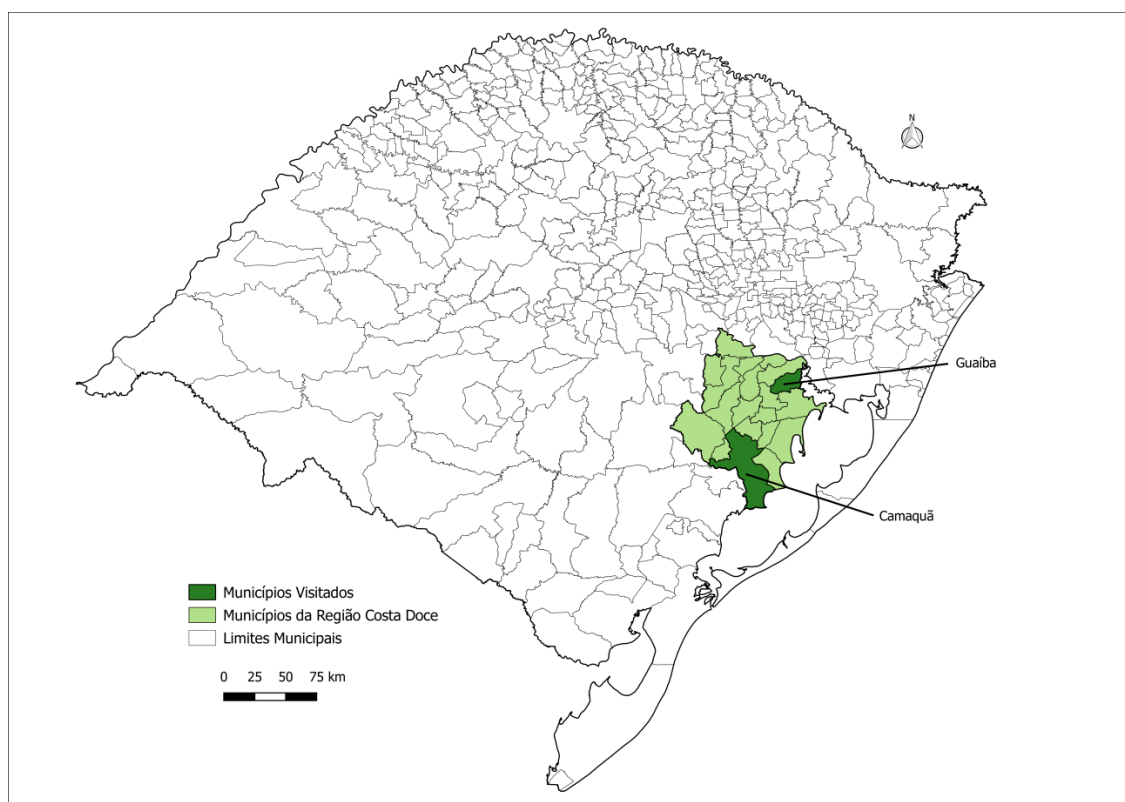
Por fim, foi solicitado aos gestores que opinassem quanto às vantagens e desvantagens da expansão das atividades de médicos, enfermeiros e dentistas para a gestão da UBS. Foram apontadas como vantagens: maior cuidado com os usuários; melhor resolutividade da APS, reduzindo tempo de espera para o atendimento; redução do fluxo para atenção secundária, aumentando a qualidade deste serviço. As desvantagens foram citadas apenas pelo gestor 1, que prevê o aumento da demanda na APS, sem que haja aumento de recursos humanos e insumos. O gestor 3 afirma que apenas com a prática poderá observar as desvantagens.

5. RESULTADO CAMPO – COSTA DOCE (RS)

5.1. Cenário do estudo

O presente campo foi realizado entre os dias 20 e 24 de Junho 2016, na região de saúde ‘Costa Doce’ no Rio Grande do Sul, que integra um total de 19 municípios: Arambaré, Arroios dos Ratos, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chuvisca, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Guaíba, Mariana Pimentel, Minas do Leão, São Jerônimo, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes (Mapa 4). Os municípios visitados durante o campo foram Guaíba e Camaquã, pois concentram quase a totalidade dos médicos das especialidades estudadas (Tabela 39). Foi realizada ainda entrevistas com representantes de instituições de saúde na capital do estado Porto Alegre.

Mapa 1: Municípios da Costa Doce (RS), EPSM, 2016



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM

Tabela 39 – Número de vínculos das especialidades Oftalmologia e Ortopedia e Traumatologia – Região Costa Doce, 2015.

Municípios	Oftalmologia	Ortopedia e Traumatologia	Total de vínculo de médicos
Arambaré	-	-	12
Arroio dos Ratos	1	-	23
Barão do Triunfo	-	-	9
Barra do Ribeiro	1	-	9
Butiá	1	2	43
Camaquã	5	17	441
Cerro Grande do Sul	-	-	12
Charqueadas	1	2	66
Chувиска	-	1	15
Dom Feliciano	-	-	57
Eldorado do Sul	-	-	51
General Câmara	-	-	25
Guaíba	8	19	459
Mariana Pimentel	-	-	6
Minas do Leão	-	-	9
São Jerônimo	5	3	255
Sentinela do Sul	-	-	6
Sertão Santana	-	-	14
Tapes	-	-	30
TOTAL	22	44	1.542

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015

A RAIS/MTE informava a existência de 79.322 vínculos formais de emprego, ativos em 31 de dezembro de 2014, nos 21 municípios que compõem a região de saúde da Costa Doce (RS), distribuídos em 6.960 estabelecimentos. A Administração Pública em geral (Classe 84.116) representava apenas 0,62% dos estabelecimentos e cerca de 14,59% dos vínculos, uma média de 269 vínculos por estabelecimento.

Dentre as classes de atividade econômica do setor saúde, o maior número de estabelecimentos era de Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305), com 140 estabelecimentos, e o maior número de vínculos estava nas Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101), 497 vínculos. Nenhum dos municípios da região contava com estabelecimentos de Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (CNAE 86.224).

A região contava ainda com 186 estabelecimentos de Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717) e 31 estabelecimentos de Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741).

Analisando os Quocientes Locacionais (QL), chama atenção na região o Processamento Industrial do Fumo (Classe 12107) e o Beneficiamento de Arroz e Fabricação de Produtos do Arroz (Classe 10619), com QLs para estabelecimentos de 58,21 e 21,44, respectivamente.

Guaíba (RS)

Guaíba é um município da mesorregião Metropolitana de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, localizado a margem direita do Lago Guaíba, e possui uma população estimada de 99.029 habitantes (IBGE, 2015).

O município de Guaíba contava com 1.399 estabelecimentos e 22.009 vínculos formais de emprego informados na RAIS 2014. O maior empregador do município, com 14% dos vínculos, eram estabelecimentos de Montagem de Instalações Industriais e de Estruturas Metálicas (Classe 42928), seguido pelo comércio varejista (13%). Dentre os estabelecimentos relacionados à saúde, o município contava com 1 estabelecimento de Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101), com nove vínculos empregatícios. A Distribuição de Vapor, Água Quente e Ar Condicionado (Classe 35301) apresentou o maior QL entre estabelecimentos, 76,31. Com relação a vínculos, chama atenção a Fabricação de Celulose e Outras Pastas para a Fabricação de Papel (Classe 17109), com QL igual a 1.509,29. (Apêndice B10).

Segundo os dados do CNES em junho de 2015 Guaíba possuía um total de 97 estabelecimentos de saúde, sendo 50,5% consultórios isolados e 16,5% clínicas especializadas. Na ocasião possuía também 12 unidades básicas de saúde/posto de saúde. Com relação a distribuição dos vínculos de especialistas por tipo de estabelecimento, três oftalmologistas estão em policlínica, três em hospital geral e dois em consultório isolado. Com relação aos ortopedistas 10 estão em hospital geral, seis em clínicas especializadas, dois em policlínica e um em consultório isolado (Tabela 40).

O município apresentava neste mesmo ano uma razão de 1,8 vínculos de médicos por indivíduo, respectivamente 459 vínculos para 249 indivíduos. Com relação às especialidades médicas a razão de vínculos por indivíduos era de 1,3 entre os oftalmologistas e 1,6 entre os ortopedistas. (Tabelas 41).

Tabela 40 – Estabelecimentos de saúde e vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de estabelecimento – Guaíba (RS). 2015.

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos		Oftalmologistas		Ortopedistas	
	N	%	N	%	N	%
Posto de Saúde	7	7,2	-	-	-	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	5	5,2	-	-	-	-
Policlínica	3	3,1	3	37,5	2	10,5
Hospital Geral	3	3,1	3	37,5	10	52,6
Consultório Isolado	49	50,5	2	25,0	1	5,3
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	16	16,5	-	-	6	31,6
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	8	8,2	-	-	-	-
Unidade Móvel Terrestre	1	1	-	-	-	-
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	1	1	-	-	-	-
Unidade de Vigilância em Saúde	1	1	-	-	-	-
Secretaria de Saúde	1	1	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	2	2,1	-	-	-	-
TOTAL	97	100	8	100	19	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Tabela 41 – Número de vínculos, indivíduos e razão de vínculos por indivíduo – oftalmologistas, ortopedistas/traumatologistas e totalidade dos médicos registrados no CNES Guaíba (RS) 2015.

Ocupação	Vínculos	Indivíduos	Razão de vínc./ind
Médicos*	459	249	1,8
Oftalmologistas	8	6	1,3
Ortopedistas/traumatologistas	19	12	1,6

* Totalidade dos médicos registrados no CNES.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Em relação ao tipo de vínculo dos especialistas, os dados do CNES apontam que três oftalmologistas eram estatutários, dois cooperados e três autônomos, sendo dois pessoa física e um sem especificação. Entre os ortopedistas, nove eram cooperados e seis autônomos, sendo quatro pessoa física e dois sem especificação, dois eram estatutários e dois possuíam contrato temporário na ocasião (Tabela 42).

Tabela 42 – Número de vínculos de ortopedistas e oftalmologistas por tipo de vínculo – Guaíba (RS), 2015.

Tipo de vínculo	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Estatutário	3	37,5	2	10,5
Temporário	-	-	2	10,5
Autônomo, pessoa física	2	25,0	4	21,1
Cooperado	2	25,0	9	47,4
Outros, autônomo sem descrição	1	12,5	2	10,5
TOTAL	8	100	19	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Em se tratando dos vínculos de acordo com a natureza jurídica do estabelecimento, observou-se as empresas privadas agregam a maioria dos oftalmologistas e ortopedistas, respectivamente 62,5% e 84,2% (Tabela 43).

Tabela 43 – Número de vínculos de ortopedistas e oftalmologistas, por natureza jurídica – Guaíba (RS), 2015.

Natureza jurídica	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	3	37,5	2	10,5
Empresa Privada	5	62,5	16	84,2
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	-	-	1	5,3
Total	8	100	19	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Camaquã (RS)

Camaquã esta entre os municípios mais antigos do estado do Rio Grande do Sul e possui uma população estimada de 65.835 habitantes. Cortado pela BR 116, possui duas áreas de topográficas distintas: a zona da várzea onde predominam as grandes e medias propriedades, dedicadas à pecuária e às lavouras de arroz e soja; e a zona da serra, onde predominam as pequenas e médias propriedades dedicadas ao plantio da soja, milho, feijão, fumo e mandioca. Esta região apresenta ainda uma rara paisagem, composta por cascatas e cachoeiras (IBGE, 2015).

O município de Camaquã contava com 1.616 estabelecimentos e 12.807 vínculos formais de emprego informados na RAIS 2014, sendo o comércio varejista responsável por 30% dos estabelecimentos e 22,5% dos vínculos. Dentre os estabelecimentos relacionados à saúde, o município contava com 3 estabelecimentos hospitalares, que somavam 21 vínculos, e um estabelecimento de Atividades de Apoio à Gestão de Saúde (Classe 86607), com 359 vínculos. Havia também no município, um estabelecimento Fabricação de Medicamentos para Uso Humano (Classe 21211), com 10 vínculos formais de emprego ativos em final de dezembro de 2014.

Os maiores QLS observados para estabelecimentos estavam na atividade de Processamento Industrial do Fumo (Classe 12107), com um valor de 62,67, seguido pela Fabricação de Caminhões e ônibus (Classe 29204), com QL de 54,32. Para vínculos, os maiores QLS foram observados na Fabricação de óleos Vegetais em Bruto,

Exceto óleo de Milho (Classe 10414) e no Beneficiamento de Arroz e Fabricação de Produtos do Arroz (Classe 10619), com QLs de 275,13 e 254,96 respectivamente (Apêndice B11).

Em junho de 2015 o CNES registrava 152 estabelecimentos de saúde em Camaquã, sendo a 69,7% consultórios isolados (Tabela 44).

Tabela 44 – Estabelecimentos de saúde e vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de estabelecimento – Camaquã (RS) , 2015

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos		Oftalmologistas		Ortopedistas	
	N	%	N	%	N	%
Posto de Saúde	5	3,3	-	-	-	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	1	0,7	-	-	-	-
Policlínica	4	2,6	1	20	4	23,5
Hospital Geral	1	0,7	1	20	6	35,3
Consultório Isolado	106	69,7	-	-	7	41,2
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	13	8,6	3	60	-	-
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	18	11,8	-	-	-	-
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	2	1,3	-	-	-	-
Secretaria de Saúde	1	0,7	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	1	0,7	-	-	-	-
TOTAL	152	100	5	100	17	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Com relação a distribuição de vínculos dos especialistas por tipo de estabelecimento, três oftalmologistas tem vínculo em clínica especializada, um em hospital geral e um com vínculo em policlínica. Já com relação aos ortopedistas, sete estão em consultório isolado, seis em hospital geral e quatro policlínica. O município apresentava neste mesmo ano uma razão de 3,2 vínculos de médicos por indivíduo, sendo 441 vínculos para 140 indivíduos. Com relação às especialidades médicas a razão de vínculos de oftalmologistas em relação a indivíduos é equilibrada, sendo 5 vínculos para 4 indivíduos; Já entre os ortopedistas a razão é de 2,8, respectivamente 17 vínculos para 6 oftalmologistas. (Tabelas 45).

Tabela 45 – Número de vínculos, indivíduos e razão de vínculos por indivíduo – oftalmologistas, ortopedistas/traumatologistas e totalidade dos médicos registrados no CNES, Camaquã (RS) 2015.

Ocupação	Vínculos	Indivíduos	Razão de vínc./ind
Médicos*	441	140	3,2
Oftalmologistas	5	4	1,3
Ortopedistas/traumatologistas	17	6	2,8

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Em relação ao tipo de vínculo dos especialistas, três oftalmologistas possuíam vínculo de autônomos, sendo um pessoa física e dois sem descrição, um era celetista e um possuía vínculo informal. Entre os ortopedistas, todos eram autônomos, sendo sete pessoa física, três pessoa jurídica e sete sem descrição (Tabela 46).

Tabela 46 – Número de vínculos de ortopedistas e oftalmologistas por tipo de vínculo – Camaquã (RS), 2015.

Tipo de vínculo	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Celetista	1	20,0	-	-
Autônomo, pessoa física	1	20,0	7	41,2
Autônomo, pessoa jurídica	-	-	3	17,6
Informal	1	20,0	-	-
Outros, autônomo sem descrição	2	40,0	7	41,2
TOTAL	5	100	17	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

Em se tratando dos vínculos de acordo com a natureza jurídica do estabelecimento, observou-se as empresas privadas agregam três dos oftalmologistas e sete ortopedistas, a administração direta agrega um oftalmologistas e quatro ortopedistas e as entidades beneficentes sem fins lucrativos agregam um oftalmologistas e seis ortopedistas. (Tabela 47).

Tabela 47 – Número de vínculos de ortopedistas e oftalmologistas, por natureza jurídica – Camaquã (RS), 2015.

Natureza jurídica	Oftalmologista		Ortopedista e traumatologista	
	N	%	N	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	1	20,0	4	23,5
Empresa Privada	3	60,0	7	41,2
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	1	20,0	6	35,3
Total	5	100	17	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES-BRASIL de junho de 2015.

5.2 Resultados das entrevistas

Durante do campo da na região de Costa Doce foram realizadas entrevistas com médicos e gestores da atenção primária em saúde, médicos especialistas ortopedistas/traumatológicas e oftalmologistas, representantes de sociedade, sindicato e Conselho Regional de Medicina (CRM) (Tabela 48).

**Tabela 48 – Relação de entrevistados
– Baixada Cuiabana, 2015.**

Entrevistados	N
Ortopedistas	4
Oftalmologistas	4
Gestores de UBS	4
Médicos de UBS	6
Sociedade	1
Sindicato	1
CRM	1
Total	22

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2015.

Cenário das entrevistas com os especialistas

Consultório Isolado

Foram realizadas entrevistas com três oftalmologistas e um ortopedista em consultórios isolados privados. O consultório isolado de ortopedia estava localizado no município de Guaíba e prestava atendimento a pacientes do sistema privado de saúde, tanto de convênios, cujo principal era a “UNIMED”, quanto aqueles cujo pagamento se dava via desembolso direto. A clientela era majoritariamente do próprio município.

Uma das oftalmologistas, entrevistada em seu consultório em Guaíba, atende pacientes privados e conveniados e sua consulta custa, em média, R\$150,00. Segundo ela, recebe pacientes de toda região e atende sozinha naquele estabelecimento.

A oftalmologista entrevistada em Camaquã também atendia pacientes privados e conveniados. Ela afirma que, como só existe um profissional dessa especialidade atendendo pelo SUS, aqueles que têm condição ou que, por outro motivo, não deseja ser atendido por ele, acaba chegando ao seu consultório. A consulta custa, em média, R\$200,00, mas o preço é reduzido – ou o atendimento é feito gratuitamente – quando percebe que o paciente não tem condição financeira. Os pacientes atendidos são provenientes principalmente do próprio município e municípios vizinhos. Na mesma clínica funciona um consultório odontológico, onde seu filho presta atendimento ao público privado.

Policlínica

Três ortopedistas e um oftalmologista foram entrevistados em policlínicas, sendo dois ortopedistas e um oftalmologista em Guaíba e um em Camaquã. A policlínica de

Guaíba atende exclusivamente ao público do SUS. Este estabelecimento possui três vínculos de oftalmologistas, sendo dois de 30 horas e um de 15 horas semanais. Os ortopedistas somam dois vínculos na mesma unidade, um de 30 e um de 20 horas semanais. Todos esses especialistas são estatutários.

A policlínica de Camaquã é a maior unidade municipal e atende cerca de 60% da população local, além de moradores de outros municípios – que não possuem especialistas – que fazem o cartão SUS em Camaquã. Por se tratar de um município carente, a gestora da unidade estima que quase 90% da população utiliza o SUS.

Hoje a estrutura do local abriga seis consultórios médicos e dois consultórios odontológicos, prevendo ampliação para mais dois consultórios e uma sala de procedimentos até 15 dias após a nossa visita. Esse estabelecimento funciona em horário diferenciado das demais: de 07 às 19 horas.

A unidade conta com os seguintes profissionais médicos: um ginecologista, um urologista, dois nefrologistas e dois traumato-ortopedistas. No mesmo local onde está situada, funciona também uma Unidade Básica de Saúde, onde atendem 10 clínicos, um pediatra (existem dois no município) e dois obstetras, que são os únicos de Camaquã e dão conta de toda a demanda do município, excetuando a população de alguns estabelecimentos que têm ESF e contam com médicos do PROVAB e Mais Médico, onde estes profissionais também fazem atendimento obstétrico.

Para o atendimento especializado o paciente deve ter o encaminhamento do clínico geral, que será levado à secretaria de saúde para agendamento. Casos mais urgentes são conversados diretamente com o especialista, naquela unidade. A vigilância epidemiológica encontra-se, também, no mesmo ambiente.

Aspectos sobre a Atenção Especializada e arranjos de trabalho

Para entender a atenção especializada e os arranjos de trabalho desempenhados por médicos especialistas na região, foram entrevistados, além dos gestores, dos profissionais da APS e médicos especialistas, o presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, regional Rio Grande do Sul (SBOT-RS), o presidente do Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul (SINDIMED-RS), o representante do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS), e o representante da Sociedade de Oftalmologia do Rio Grande do Sul (SORIGS).

Assim como observado nos demais campos realizados anteriormente, a principal forma de arranjo identificada entre os médicos e o setor público, foi a contratação terceirizada, principalmente por meio de pessoa jurídica que contrata esses médicos, ou ainda via pagamento de RPA, para prestação de serviço aos hospitais e ambulatorios da região. Coexistem ainda com essa forma de contratação, o vínculo estatutário e os contratos emergenciais temporários diretos, mas que segundo o representante do Sindicato dos Médicos entrevistado, são arranjos profissionais cada vez mais escassos, tanto no interior do estado, quanto na capital, que contribuem para a precarização da saúde, do SUS, e ainda aumenta os gastos públicos em saúde.

A rigor, pela Constituição Federal, não poderia haver a terceirização de serviço fim em saúde, mas fazem concursos com salários muito baixos, não preenchem as vagas, e então contratam terceirizando, alegando que as vagas não foram preenchidas via concurso público.

Este entrevistado atribui a escassez de médicos na rede pública à falta de política de saúde no SUS como um todo, e de organização na atenção básica, com baixos valores, ainda de remuneração. O regime de cumprimento de carga horária em vez de metas por produtividade também é considerado como um fator de repulsão de médicos no setor público de saúde, em especial na APS. “O salário é baixo e o pessoal não quer trabalhar no serviço público; antigamente era baixo, mas não precisava cumprir hora, era produtividade.”

De um tempo pra cá, ‘o médico é vagabundo, não quer trabalhar, não quer cumprir carga horária, tem que cumprir carga horária’. Bom, por esse salário não vai ficar, então não consegue médico. O Ministério Público baixou uma norma para controlar a carga horária de médicos e dentistas, e então tá havendo exoneração em massa.

Além da precarização das relações de trabalho médico e do sistema de saúde como um todo, o entrevistado representante do Sindicato revela que os médicos contratados por essas firmas terceirizadas são, em sua maioria, recém formados, sem residência, e sem experiência no atendimento de urgências, emergências ou consultas de alta complexidade, o que acaba por sobrecarregar os outros profissionais que trabalham com eles, ou mesmo outros serviços de saúde. Segundo ele, os profissionais que permanecem na rede são aqueles cuja aposentadoria está próxima.

Ali no posto que eu trabalho, à noite, que eu faço plantão à noite, os clínicos, que é um clínico servidor e mais dois da *Competência*, empresa que eu nem sei se paga direitos trabalhistas, mas sei que paga

[...] um valor maior de plantão; só que pra ser médico da rede pública em Porto Alegre tem que ser especialista senão não entra, não tem concurso pra clínico geral. Aí o pessoal recém-formado, substitui os estatutários, que ficam estudando pra residência, fazendo ‘bico’ pra sobreviver. [...] não atendem aquelas (consultas) mais complexas porque não têm capacitação.

Ele afirma, ainda, que existem cooperativas na região, mas que essas seriam apenas “faixadas”, colocando médicos como associados, mas apenas com 1% das cotas, para burlar o pagamento de direitos trabalhistas e previdenciários.

Como estratégia para solução de escassez de médicos no serviço público, o entrevistado, presidente do Sindicato, sugere a readequação salarial e da carga horária, com um plano de carreira federal para aqueles médicos fixados no interior do estado.

O Programa Mais Médicos provou foi isso, só o município não resolve – se não tiver intervenção do estado, não resolve – botaram médico, mas federal, ainda que com vínculo precarizado. Como levaram juiz pro interior? Com carreira!

O Sindicato conta hoje com 16 mil médicos sindicalizados, num total de 30 mil profissionais no estado.

Os representantes do CREMERS e da Sociedade de Oftalmologia do Rio Grande do Sul corroboram com a afirmação de que não há escassez de médico absoluta, mas sim uma distribuição heterogênea desse profissional, principalmente no SUS. Este cenário explica-se pelas baixas remunerações e relações precarizadas de trabalho. “Quem paga tem, né? O capitalismo é assim”.

O presidente da SBOT-RS, instituição que conta atualmente com 700 especialistas associados em um universo de 1200 no estado, reforça a afirmativa de que não existe escassez, “não é o número de médicos, é a falta de investimento no setor público”. De acordo com a Sociedade, o estado conta com um total de 15 residências em ortopedia, e dois polos de formação em subespecialidades, Porto Alegre e Passo Fundo. Daqueles médicos que saem para concluir a formação em ortopedia fora do estado, cerca de 50% retornam aos seus municípios de origem, segundo os dados da SBOT-RS.

O principal problema é a falta de investimento do poder público federal, estadual, e municipal na carreira de médico do estado, [...] a SBOT-RS tem projeto para aprovação de um plano de carreira do

estado, como já existe no judiciário. Só que existe uma resistência política muito forte, porque isso gera custo e desgaste político também. [...] Os políticos do país não querem o médico fixado numa cidade porque eles se tornam uma referência, politicamente um conflito com o poder público.

Sobre a contratação precarizada de médicos via empresas prestadoras de serviços aos hospitais, ele exemplifica:

Temos um problema neste momento: o Hospital da Beneficência Portuguesa de Porto Alegre fez um convênio com a prefeitura, em 2009 contratou uma equipe PJ. Deixou de pagar a equipe há cerca de um ano, tá devendo em torno de 400 mil reais para a equipe, e o que foi feito: dispensaram a equipe. E já contrataram outra que por inexperiência, vai cair na mesma vala. Inclusive isso é alvo de ação junto ao CRM, e o Ministério Público será acionado. Não é novidade, isso já aconteceu outras vezes, não é uma prática incomum.

Quando perguntado, por fim, sobre mutirões ou sobre a possibilidade do médico da APS realizar atividades que ampliem seu escopo, a fim de reduzir filas de espera para os serviços de ortopedia, ele foi categórico: “Nós somos contra *band-aid* para tratar cortes profundos. Mutirões não resolvem nada, é propaganda política. Falta investimento público na atenção básica, e quando investem, investem mal.”

Ortopedistas

Entre os ortopedistas entrevistados um atuava em Clínica privada, dois em policlínica municipal e um em Unidade Básica de Saúde que atende diversas especialidades médicas, possuindo estrutura ampla, semelhante a uma policlínica. Todos os entrevistados eram do sexo masculino e na faixa etária de 44 a 74 anos de idade. Todos eram naturais do Rio Grande do Sul, sendo dois de Pelotas, um de Augusto Pestanas e um de São Luiz Gonzaga. Apenas um não residia no município em que foi realizada a entrevista, sendo que atuava em Guaíba e morava em Porto Alegre. O ano de graduação em medicina variou entre 1968 e 1996. Com relação ao local de graduação, os quatro entrevistados também realizaram no mesmo estado, sendo dois em Pelotas, um em Porto Alegre e um em Santa Maria. O tempo de atuação nas especialidades pesquisadas variou entre 16 e 46 anos. Apenas um entrevistado possuía título de outra especialidade, em medicina estética. Apenas um entrevistado possuía experiência como clínico geral, na Atenção Primária em Saúde (APS) (Tabela 49).

Tabela 49 – Perfil dos ortopedistas entrevistados – Região Costa Doce, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4
Município da entrevista /UF	Guaíba	Guaíba	Camaquã	Guaíba
Cenário da entrevista	Consultório isolado - Privado	Policlínica - Pública	Policlínica - Pública	Policlínica - Pública
Vínculo de trabalho	-	Estatutário	Autônomo, PJ	Estatutário
Naturalidade/UF	Pelotas/RS	Augusto Pestana/RS	Pelotas/RS	São Luiz Gonzaga/RS
Município de residência	Porto Alegre/RS	Guaíba/RS	Camaquã/RS	Guaíba/RS
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Idade	74	59	44	46
Ano de conclusão da graduação	1968	1982	1996	1994
Município/UF de graduação	Pelotas/RS	Porto Alegre/RS	Pelotas/RS	Santa Maria/RS
Tempo de atuação na especialidade	46 anos	30 anos	16 anos	16 anos
Possui outra especialidade	Não	Não	Sim, medicina estética.	Não
Tempo de atuação na APS	-	-	-	3 anos

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2016.

De acordo com os ortopedistas entrevistados em Guaíba, os pacientes por eles atendidos provêm do próprio município. Um relatou, ainda, que os moradores de municípios de toda região de Costa Doce, próximos à Guaíba, também são atendidos por ele. O profissional entrevistado em Camaquã recebe pacientes exclusivamente deste município.

Os casos clínicos mais frequentes na prática clínica dos ortopedistas foram os processos degenerativos, como a artrose, e as lombalgias, ambos citados por três especialistas. Outros processos inflamatórios foram mencionados por um entrevistado, como as tenossinovites.

Com relação aos procedimentos que realizam com maior frequência, apenas um citou a infiltração medicamentosa (Ortopedista 1), enquanto três realizam somente consulta eletiva, não desempenhando nenhum procedimento naquele ambiente de trabalho.

Nenhum dos entrevistados participa ou já participou de mutirões de ortopedia. O Ortopedista 1 afirma que existem esses mutirões, em Porto Alegre, para realização de cirurgia ortopédica. Já o ortopedista 3, entrevistado em Camaquã, aponta a necessidade já identificada pelo município, por este tipo de serviço:

Estão tentando implantar, até porque tem um volume grande “represado”. [...] Que eu saiba, só da ortopedia, tem umas 300 a 400 cirurgias “represadas” na região. E Camaquã é o polo sede da região, que tem 15 municípios. (Ortopedista 3)

Quanto ao acesso da população de áreas remotas ao atendimento especializado, três ortopedistas afirmam que os pacientes são referenciados através do município de origem (Ortopedista 2, 3 e 4). O Ortopedista 2 afirma que ainda existe uma parcela da demanda proveniente do pronto atendimento:

[Sobre o hospital regional] Lá não tem nem consulta de ortopedia. Lá misturam tudo, as consultas ortopédicas com a demanda da urgência. O cara vai lá com uma lombalgia, uma ciatalgia, não tem ficha eletiva. Aí cai no clínico, que faz o primeiro atendimento, e depois remete à rede de especialistas. (Ortopedista 2)

O Ortopedista 1, que atua em clínica privada, afirma que existe um homem que leva pacientes do interior para serem consultados com ele, através de desembolso direto. No entanto, o acesso à cirurgia é restrito, pois não consegue autorização para operá-los pelo SUS:

Tem sempre os abnegados por aí, né?! Aqui tem o senhor x, que traz o pessoal não sei de onde, do interior. Depois que ele descobriu aqui, ele traz aqui. Ele é uma espécie de “assistente social”. *[E traz sempre pra essa clínica?]* Ele trouxe o primeiro pra mim, agora traz sempre pra mim. *[E são pacientes que consultam “particular”?]* É geralmente particular. Aqui no Brasil tem um problema, né?! O SUS não faz e não deixa fazer. Eu tentei uma vez [...] “Eu quero fazer cirurgia pelo SUS, só a cirurgia. Não quero ganhar nada, os pacientes são meus desconhecidos, estão ficando aleijados, só quero arrumar isso de uma vez”. “Não pode!”. (Ortopedista 1)

Os pacientes que necessitam de cuidados de média e alta complexidade são, em geral, encaminhados para Porto Alegre (Ortopedista 2, 3 e 4) ou Rio Grande (Ortopedista 3), quando não disponíveis no município onde foram entrevistados. O município de Camaquã, no entanto, oferece atendimento de média complexidade no hospital. Um ortopedista de Guaíba explica como é o fluxo de atendimento:

Tem um sistema organizado na secretaria aqui que, feito o diagnóstico pelo especialista – paciente vem com fratura, com tala, coisa que necessita um procedimento ambulatorial – a gente diagnostica e referencia pelo CID da patologia, e remete ao controle de consultas médicas interno. Esse controle tem um fluxo de pacientes dentro do sistema. [...] Eu não sei te falar pra onde vai. O que a gente ouve falar é que vai pra um *postão* da Vila Cruzeiro, em Porto Alegre. (Ortopedista 2)

O ortopedista que atua em clínica privada de Guaíba afirma que realiza todo o acompanhamento no próprio local de entrevista, independente se pré ou pós-operatório. Já o entrevistado de Camaquã alega que o paciente perde o vínculo com o município de

origem, realizando o acompanhamento no centro de referência para o qual foi encaminhado. Os outros entrevistados, de Guaíba, contam que o acompanhamento é feito em seu próprio município:

Eles fazem a fase aguda e voltam pra cá, pra fase de fisioterapia, de reabilitação. Nós temos essa estrutura. [...] Todos os pacientes acompanhados de Guaíba são soberanos e voluntários, eles vem aqui e marcam. Ele pode chegar lá no posto dele, se tiver algum vínculo com o ortopedista, e falar “Olha, eu quero marcar uma consulta com o Dr. X”. Não precisa necessariamente retornar com o clínico. [*É só você que faz isso ou é o sistema, como um todo?*] Eu faço isso pra evitar do cara passar por outra instância. O sistema já é saturado. Aí a pessoa tá necessitada e ainda tem que passar por outra consulta, que é absolutamente burocrática? (Ortopedista 2)

Quanto à delegação de tarefas técnicas para outros profissionais (não-médicos), o único ortopedista que realiza procedimentos no local de entrevista afirma que não delega nenhuma atividade para outro profissional.

Ao serem questionados se existem casos clínicos que podem ser tratados tanto por ortopedistas quanto por outros especialistas, as especialidades mais citadas com sobreposição de escopo de prática foram a neurologia – sendo citados tratamentos de coluna (Ortopedista 1) e sequelas de paralisia cerebral (Ortopedista 4)– e a clínica médica:

O ortopedista, se ele fizer só ortopedia, aos pouquinhos ele vai deixando de ser médico. Então eu acho que tem sempre que ter um clínico, pra gente trocar ideia, fazer perguntas, pra dar uma arrumada no paciente. Eu sempre faço avaliação clínica antes da cirurgia. (Ortopedista 1)

O ortopedista 3 completa, afirmando que a grande demanda para sua especialidade se dá, hoje, devido à falta de manejo dos clínicos com doenças crônicas:

Casos degenerativos: precisam de acompanhamento clínico, são crônicos, tem é pra fazer analgesia. Pra controle de sintoma. Não tem alguma coisa que, o fato de passar no especialista vá mudar a conduta. [*Quando é uma conduta mais conservadora, né?!*] Teria essa possibilidade, embora os clínicos não o façam, de fato. E é uma das coisas que gera essa demanda. [*E por que você acha que eles não fazem?*] Porque tem o especialista. Ele acaba tirando essa responsabilidade dele e transferindo *pro* especialista. Querem passar o “pepino” adiante! (Ortopedista 3)

Em seguida foi disponibilizada uma lista de procedimentos onde os especialistas deveriam indicar se os mesmos poderiam ser realizados por médicos que atuam em Unidades Básicas de saúde (UBS). Os quatro entrevistados consideram que médicos da APS podem ‘solicitar exames de imagem (raio-X, ultrassom, ressonância magnética)’:

Não tem raio-X pelo SUS, em Guaíba. Tem que referenciar para Porto Alegre. A maioria dos pacientes consegue [...] faz particular. Então, geralmente, se vier encaminhado com o exame de imagem, melhor. (Ortopedista 4)

Os procedimentos ‘diagnosticar acometimentos ortopédicos/osteomusculares comuns’ e ‘tratar acometimentos ortopédicos/osteomusculares comuns’ também foram citados por todos os entrevistados, sendo que o Ortopedista 3 acrescenta: “Esses não deveriam nem chegar ao ortopedista sem antes ser tratado pelo clínico”. O ortopedista 1 acredita que o médico vai tratar o que ele se sentir seguro em tratar, encaminhando quando necessário: “É questão de vivência”.

Três especialistas assinalaram ‘realizar acompanhamento pré-cirúrgico’, ‘realizar acompanhamento pós-cirúrgico’, ‘realizar o acompanhamento de doenças e traumas ortopédicos em conjunto com o ortopedista’ e ‘prescrever medicamentos anti-inflamatórios intra-articulares/ intramusculares’, sendo que um limitou este último apenas aos medicamentos intramusculares.

Dois afirmaram que os médicos que atuam na UBS poderiam ‘interpretar exames de imagem’ e ‘realizar testes ortopédicos (Jobe, Gaveta anterior, gaveta posterior, etc.)’: “Faz parte do exame clínico” (Ortopedista 4). Os procedimentos ‘emitir relatório acerca de exames de imagem’ e ‘realizar manobras de mobilização articular’ foram citados por um especialista.

‘Realizar manejo de fraturas (preparação do membro, imobilização, etc.), ‘realizar manobras de redução manual de fraturas e luxações’, ‘prescrever órteses’ e ‘prescrever próteses’ não foram assinalados por nenhum dos ortopedistas.

Os entrevistados apontaram como justificativa para a não realização de determinados procedimentos por médicos que atuam na atenção primária a falta de conhecimento específico, a falta de infraestrutura e a sobrecarga de trabalho na APS:

Eles não têm estrutura e já estão sobrecarregados com coisas clínicas. Pra um cara da atenção básica eu acho que é pedir demais. Não estou nem sendo corporativista por isso, mas atendimento especializado é

pra gente treinada! [Sobre a imobilização de fraturas] Isso requer controle circulatório, controle anatômico, exige um monte de coisa que o cara acha que sabe fazer. Acha que é só colocar um gesso e enrolar uma atadura. Aí chega aqui isquêmico, quase garroteado. Então o máximo que eles podem fazer, e fazem nas vilas, num “S.O.S.”, usar “coisas” imobilizadoras. Até tala de papelão chega aqui. Não tem problema, tem que ser feito. Agora delegar pra isso, não! Se eles fizerem o sintomático e souberem encaminhar já tá bom. (Ortopedista 2)

O ortopedista 1 concorda com o citado: “Tem fraturas que são complicadas e, se não forem tratadas direito e rápido, dão sequelas sérias. Principalmente se forem fraturas articulares”.

Os entrevistados foram questionados sobre a realização de determinados procedimentos pelos fisioterapeutas, a exemplo do que já ocorre em outros países, principalmente em áreas de escassez de médicos. Observou-se maior resistência dos entrevistados, quando comparados aos procedimentos “autorizados” para os médicos da APS.

Nenhum procedimento foi autorizado por todos os ortopedistas entrevistados. Três afirmaram que os fisioterapeutas poderiam ‘realizar testes ortopédicos’, ‘solicitar exames de imagem’, ‘realizar encaminhamento do paciente a outros especialistas’ e ‘realizar acompanhamento pós-cirúrgico’, sendo que o ortopedista 3 reforça: “Junto com o médico”.

Os procedimentos ‘realizar manejo de fratura’, ‘solicitar exames laboratoriais’, ‘solicitar exame de eletromiografia’ e ‘prescrever órteses’ foram citados por apenas um especialista:

[Sobre realizar manejo de fraturas] Acho que isso requer um curso específico. Acho que o fisioterapeuta não tem esse curso. Ela sabe recuperar [...] mediante prévia orientação do médico assistente, do que pode e o que não pode ser feito. [...] O que falta, na maior parte das vezes é comunicação entre o profissional e o fisioterapeuta. [O fisioterapeuta deve perguntar] “O que o senhor quer que faça?” Pelos menos as técnicas. [...] Então ele tem que seguir as orientações que o médico assistente liberar: cinesioterapia, crioterapia [...] O fisioterapeuta entra a medida que o tratamento ambulatorial cessou [...] Tirou a tala, tá consolidado, tá apto pra reabilitação motora: ao fisioterapeuta! (Ortopedista 2)

Sobre a interpretação de exames de imagem por fisioterapeutas, o ortopedista 3 afirma que poderia interpretar, apenas se estiver com laudo do radiologista. Outro diz depender do conhecimento do profissional:

Uma vez eu recebi uma criança no sábado à noite. Veio na urgência do interior de não sei onde, com fratura nos dois cotovelos, tinha que operar. O cara [fisioterapeuta] olhou o raio-X e falou que não tinha nada ali: “Isso aqui é cartilagem de crescimento, não é fratura”. Por isso que eu digo: depende da vivência. (Ortopedista 1)

O mesmo ortopedista ressalta: “Eu não tenho problema nenhum com profissional não-médico, desde que ele faça as coisas com moderação e não exagere”.

Os procedimentos ‘realizar manobras de redução manual de fraturas e luxações sob assistência’ e ‘prescrever medicamentos para manutenção do tratamento’ não foram assinalados por quaisquer especialistas. Os principais motivos apontados para a não realização dos procedimentos e atividades listados pelos fisioterapeutas incluíram a falta de conhecimento técnico, devido à formação, e a legislação.

A realização de procedimentos por técnicos com formação em imobilização ortopédica foi autorizada condicionada à supervisão médica, devido aos mesmos motivos anteriormente citados: “O médico não precisa estar presente, mas tem que ser sob orientação médica” (Ortopedista 3).

Oftalmologistas

Foram entrevistados durante o campo de Costa Doce quatro oftalmologistas, três em Guaíba e um em Camaquã. Três foram entrevistados em seus consultórios privados e um no pronto atendimento público.

Quanto às características demográficas, dois eram do sexo masculino e dois do sexo feminino, e na faixa etária de 57 a 68 anos. Dos três médicos entrevistados em Guaíba, dois residiam em Porto Alegre. Nenhum dos entrevistados é natural do município em que foi realizada a entrevista, embora todos sejam nascidos no estado do Rio Grande do Sul. O ano de graduação em medicina variou entre 1974 e 1984. Apenas um dos entrevistados não graduou no mesmo município de nascimento. O tempo de atuação na especialidade variou de 30 a 40 anos. Nenhum dos entrevistado teve experiência de trabalho na APS. (Tabela 50).

Tabela 50 – Perfil dos oftalmologistas entrevistados – Região de Costa Doce, 2016.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4
Município da entrevista /UF	Guaíba, RS	Guaíba, RS	Guaíba, RS	Camaquã, RS
Cenário da entrevista	Pronto Atendimento - Público	Consultório Isolado - Privado	Consultório Isolado - Privado	Consultório Isolado - Privado
Vínculo de trab.	Celetista	Proprietária	-	Proprietária
Município de residência	Porto Alegre, RS	Porto Alegre, RS	Guaíba	Camaquã, RS
Naturalidade/UF	Porto Alegre, RS	Porto Alegre, RS	Três passo, RS	Passo fundo, RS
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	57	64	68	61
Ano de graduação	1984	1976	1974	1978
Município/UF graduação	Porto Alegre, RS	Porto Alegre, RS	Porto Alegre, RS	Passo fundo, RS, RS
Tempo de atuação na especialidade	36 anos	Mais de 30 anos	40 anos	35 anos
Possui outra especialidade	Não	Não	Não	Não
Tempo de atuação na APS	-	-	-	-

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2016

Os quatro oftalmologistas, relataram que atendem nos estabelecimentos pesquisados principalmente casos de refração, conjuntivites, blefarite e catarata. Uma das entrevistadas destacou ainda que atende muitos acidentados, principalmente de pessoas de fora do município (oftalmologista 4).

O mais comum, situações assim por ordem, a maior parte dos pacientes vem para buscar melhorar a visão, pra fazer óculos. Essa é a grande maioria dos pacientes que vem buscar consultas, mas entre as doenças que procuram também tem conjuntivite, infecções mais profundas como uveíte, hordéolo, que é o terçol, é bem comum também e corpo estranho. (Oftalmologista 2)

Com relação aos principais procedimentos realizados, os entrevistados indicaram realizar principalmente exames básicos de uma consulta oftalmológica, que incluem a triagem de acuidade visual, fundo de olho, motilidade ocular, cuidados de refração e pequenos procedimentos, que incluem a retirada de corpo estrado da córnea, tarso e conjuntiva.

Nenhum dos entrevistados realiza procedimentos de alta complexidade nas unidades visitadas, estes são encaminhados principalmente para a capital do estado, Porto Alegre, que incluem principalmente demandas de cirurgia de catarata e problemas de retina. Dois profissionais que atuam em consultório privado, destacaram que encaminham muitos casos de pacientes conveniados para colegas conhecidos que

atuam em Porto Alegre e que isto inclusive facilita o acompanhamento do caso e a contra referência do paciente.

Geralmente não são pacientes do sus que me procura, eu encaminho para colegas que trabalham comigo, no banco de olhos e outros hospitais (Oftalmologista 4)

Se o paciente tem convênio eu mando pro colega que atende aquele convênio, se é particular também pra colegas (...) Como a gente manda pra colegas conhecidos a grande maioria dos colegas nos dão o retorno, hoje com os meios de comunicação está fácil, com o *whatsapp*, eu tenho colegas por exemplo que me retornam através do próprio *whatsapp*, O seu paciente fulano de tal veio aqui, a situação é tal, tal e tal e antes do paciente chegar aqui de volta eu já sei que ele foi no colega, que o colega avaliou, me trás, me dá o retorno direto pra mim. E tem alguns que fazem carta, mandam relatório. [...] A gente fica acompanhando junto muitas vezes. Quando é cirúrgico não, o paciente vai, ele é operado e o colega faz todo o procedimento. Às vezes ele me retorna pra fazer os óculos. (Oftalmologista 2)

Já os pacientes do SUS são encaminhados via a central de regulação. Alguns entrevistados relataram que devido a demora muitos procuram atendimento privado em Porto Alegre.

Encaminho para serviços de Porto Alegre. Aí o paciente fica alguns meses ou anos esperando uma cirurgia de catarata. Eu preencho uma ficha de referência-contrarreferência e o SUS que decide pra onde ele vai. Alguns voltam porque querem. Eu tenho um bom vínculo com eles. Alguns vão me procurar lá em Porto Alegre, não conseguem consulta aqui, vão pra lá. Pelo privado, lá em Porto Alegre. (Oftalmologista 1)

[...] e se o paciente não tem recursos eu oriento que ele vá procurar o SUS. Tira a consulta no Regional e encaminha através do SUS. É um processo bem complicado, bem demorado, mas que também existe. (Oftalmologista 2)

Todos entrevistados relataram que recebem pacientes de vários municípios da região.

Eu recebo pacientes de toda esta região. Vem pacientes de Tapes, Camaquã, de Sertão Santana, e alguns pacientes vêm de bem mais longe. As vezes de Porto Alegre ou de outras cidades mais distantes porque já consultaram comigo, mudaram, ou que tem alguma indicação (Oftalmologista 2).

Com relação a delegação de tarefas clínicas para outro profissional, apenas um relatou que trabalha com uma secretária que ajuda a pingar colírio quando necessário.

A secretária ajuda a pingar o colírio, quando precisa. Ela é treinada, está comigo há muitos anos. Antigamente eu fazia adaptação de lentes de contato, agora não faço mais, precisa de tempo. Então ela me ajudava, ela fazia o treinamento com o paciente. Tirar um corpo estranho as vezes ela me ajuda segurando a pálpebra. Ela me ajuda neste sentido, mas os procedimentos ela não faz, eu que faço (Oftalmologista 2)

Um dos entrevistados indicou que atualmente não existe demanda para justificar a contratação de um técnico especializado em oftalmologia em seu consultório, no entanto, ressalta que já houve no passado, principalmente para realizar procedimentos voltados ao glaucoma, mas que para encontrar este profissional capacitado é muito difícil (Oftalmologista 3)

Os entrevistados demonstraram certo desconhecimento sobre as formas de atendimento de populações de áreas remotas que não contam com oftalmologistas, indicando que geralmente é o próprio paciente que se descola em busca de atendimento.

Pra te ser franco eu não tenho a menor ideia. Mas eu sei que as pessoas ficam acampadas aqui fora pra conseguir ficha. E esses dias agora vocês estão um *friozinho light*, fez zero graus e teve previsão de dias negativos aqui. Imagina, três horas da manhã, sentado aqui. E eles não tem esses casacos que agente usa, entendeu? (Oftalmologista 1)

Olha, tem muitos municípios pequenos que não têm oftamo, não tem uma população suficiente para ter um médico que fique lá (...). Existem alguns locais, alguns municípios onde tem médicos itinerantes, digamos assim, que vão de 15 em 15 dias, que levam aquele equipamento que pode ser transportado, não é o ideal não, porque o equipamento pra ti poder deslocar é só o equipamento bem básico. Mas eles podem encaminhar quando eles veem que a situação é mais complexa, encaminhar pro próprio consultório ou para centros maiores. E normalmente os pacientes migram, eles vão em busca. No meu caso aqui, eu atendo pacientes que vêm da Barra, de Sertão, que vem de Tapes, que são municípios que não tem oftalmologista. Eles veem, porque não é tão longe assim. Eles acabam indo pra um centro maior onde tem médico. (Oftalmologista 2)

Sobre a participação em mutirões de oftalmologia os quatro relataram já ter participado de mutirões no passado, sendo que apenas dois participam ainda eventualmente de mutirões organizados pelo Instituto Lions de exames oftalmológicos

realizados principalmente em escolas municipais e estaduais (Oftalmologista 2 e 3). O instituto paga a diária do profissional oftalmologista, sem contrato formal para a prestação do serviço, que segundo os profissionais é um valor baixo, porém garantido. Este trabalho é realizado em vários municípios da região. Os professores realizam nas escolas o teste de acuidade visual e encaminham aquelas crianças que apresentam dificuldades.

O Lions tem um trabalho interessante que eles fazem nas escolas, tem um ônibus equipado, que tem um consultório oftalmológico. Eles fazem o exame oftalmológico, em geral pra crianças, mas eu tenho algumas situações que eu tenho atendido no ônibus do Lions, mas eles também dão os óculos. Eles dão a consulta e fornecem os óculos. Tiram lá na hora, eles têm armações padrão, tiram as medidas, mandam pro laboratório, depois o paciente retira o óculos na ótica. (Oftalmologista 2)

Os quatro relataram que os mutirões de cirurgia, a exemplo de catarata, não são mais realizados na região.

Ao serem questionados sobre os casos da oftalmologia que poderiam ser resolvidos por médicos das UBS, os especialistas destacaram que a graduação geralmente não prepara os médicos para atenderem demandas oftalmológicas, além de não possuem aparelhagem adequada para tal.

O médico generalista não entende muito de oftalmo. Eles tem um bloqueio, eles não tem a intenção e nem a audácia de intervir. Isto é desde o período que eu me formei, todos os colegas que faziam estágio na oftalmologia, não tinham muito aproveitamento. O médico generalistas passa pela oftamologia, sem perceber que é uma especialidade importante, mas a oftalmologia é uma especialidade que esta muito na frente das demais, em função da pesquisa das patologias oculares serem facilitadas, pois é um órgão totalmente aberto. ele pode ser visualizado com facilidade. É um mundo a parte que o clínico geral não quer avançar, não quer entender. (Oftalmologista 3)

De maneira geral, os entrevistados afirmam que o médico da atenção primária está apto apenas para realizar testes de acuidade visual (Oftalmologistas 1, 2, 3 e 4).

Eu acho que o clínico poderia fazer o exame da acuidade visual, medir a visão, que não é tão difícil. Fundo de olho, refração, tem que ser o oftalmologista mesmo (Oftalmologista 4).

Apenas um indicou que este estaria apto ainda a realizar tonometria e pré-operatório de cirurgia (Oftalmologista 2). Sobre diagnosticar infecções oculares comuns este mesmo indica que pode mas com ressalvas:

Pode, mas existem muitas coisas que ao olho nu parecem uma coisa e não é, né? Então eu já vi pacientes serem tratados por uma conjuntivite e não ser conjuntivite, ser um herpes, por exemplo. Estar usando corticoide quando não poderia usar. O paciente está com glaucoma e está sendo tratado como conjuntivite. Então é muito perigoso. Às vezes o paciente, eu já vi situação assim, está com corpo estranho de córnea sendo tratado como conjuntivite. Então o melhor é que ele mande para um oftalmologista. Ele não tem aparelhagem pra isso, não tem treino pra isso. Tem que ter um exame mais completo.

Já com relação a diagnosticar doenças sistêmicas, relata que acha muito difícil um clínico ter conhecimento para isto “porque teria que fazer o exame completo, refração, fundo de olho, e ele não tem treino pra isso. Ele poderia desconfiar pela história clínica e encaminhar para o oftalmologista” (Oftalmologista 2).

Já com relação aos optometristas, todos os quatro entrevistados se posicionaram contra este profissional, destacando que este profissional em outros países é totalmente diferente do optometrista brasileiro, que não tem formação suficiente e competência para realizar diagnósticos de doenças, se tornando um perigo para a saúde pública. As seguintes falas ilustram estes posicionamentos:

Eu acho que a questão da optometria no Brasil é uma questão muito melindrosa. E estudei em países que tem optometrista a questão envolve uma questão cultural, uma questão econômica de interesse e tem várias interfaces. Eu diria que a resposta no nosso meio é de não, tá? O perfil que eu vejo dos optometristas na Austrália, nos Estados Unidos e na Espanha é completamente diferente daqui. Os optometristas trabalham dentro do hospital, tem uma formação cultural de não vender óculos, aqui os caras trabalham dentro de uma ótica para vender óculos. Então existe uma outra cultura, não tem como a gente comparar. É uma questão até de vexame social, se ele fizer isso ele (vender) ele vai ser submetido a um vexame social tão grande que ele não vai fazer outra vez. Aqui, passa batido, porque todo mundo tá fazendo. E isso não é uma questão que a gente consegue fazer em uma geração e envolve outros embargues. Embargue econômico, interesses de classe (Oftalmologista 1).

Totalmente contrário. Eu já vi casos sérios que não foram diagnosticados porque passaram pelo optometrista. O optometrista não é médico. Quando passar numa ótica e tu ver uma placa Exame

oftalmológico de graça é o optometrista fazendo. Aí os pacientes caem. Caem porque é de graça. A formação deles é uma formação técnica, o paciente vai lá, o paciente tem um glaucoma, e aí ele vai lá e faz o óculos, ele nunca vai saber que tem o glaucoma, porque ele foi num optometrista, não foi no médico. Aí o paciente tem uma retinopatia diabética, ou ele tá com miopia, ou ele vai lá e prescreve um óculos para miopia só que a miopia dele é falsa, ele tá com miopia porque a diabete dele tá em quase 400. Aí o cara receita um óculos de miopia e dois meses depois o paciente não enxerga mais com aquele óculos, porque a glicose baixou e ele não é mais míope. Entende? Isso não deveria existir, optometrista é uma coisa e o pior de tudo é que eles ainda cobram para examinar, para fazer exame. Totalmente errado. (Oftalmologista 2)

O optometrista, ele pode até receitar bem um óculos, mas foge do conhecimento dele o princípio do glaucoma, foge dele o conhecimento de uma patologia mais grave. Ele não vai entender o fundo de olho. vai olhar o seu olho e não vai entender que aquela paralisia significa uma suspeita disto ou daquilo. Aquele diabético vai ficar cego pois não foi acompanhado, aquele exame cardiológico que poderia ser solicitado pelo oftalmologista, o optometrista não conseguiria, então esta dificuldade torna o optometrista um profissional perigoso para a saúde pública. O optometrista vai ser enviado para aquela população que tem menos recursos, que tem menos condições para enfrentar uma cegueira, vai eternizar a pobreza daquela comunidade, pois vai ter que ter sempre um ou dois familiares tomando conta do cego e vai garantir mais miséria para a próxima geração. Então cria-se um grupo de pacientes desassistidos, porque o governo quer economizar em cima da assistência médica, em cima da saúde da população. (...)ele faz uma refração tão boa quanto a minha, só que ele não vê a patologia, então ele vai criar um cego. (Oftalmologista 3).

O oftalmologista 4 acrescenta: *“Ah, a gente não gosta né, pois a gente fez seis anos de medicina, mas dois a três anos de especialização. Eu acho que eles não tem condições de realizar nenhum procedimento oftalmológico”*.

Médicos da APS

Foram entrevistados seis médicos da APS, sendo três mulheres e três homens e com idade variando de 26 a 47 anos. Nenhum dos entrevistados era natural dos municípios em que foram realizadas as entrevistas, sendo três nascidos em Cuba. Todos

residiam no município pesquisado. Com relação à graduação, quatro formaram em Cuba e dois em municípios do estado.

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de nove meses a 30 anos, e o tempo de atuação na UBS visitada variou de sete meses a três anos. Quatro entrevistados eram bolsistas do ‘Programa Mais Médicos’, um do PROVAB e um era Estatutário. Apenas dois não possuíam título de especialista, três tinham especialização em Medicina Geral e um era Pediatra e Nefrologista. Este último, além do trabalho na UBS declarou atender também em consultório particular (Tabela 51).

Tabela 51: Perfil dos médicos entrevistados – Região de Costa Doce – Junho 2016.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4	5	6
Município da entrevista	Guaíba	Guaíba	Guaíba	Camaquã	Camaquã	Camaquã
Naturalidade/UF	Cuba	Cuba	Londrina, PR	Santa Maria, RS	Santo André, SP	Santiago de Cuba
Município de residência	Guaíba	Guaíba	Guaíba	Camaquã	Camaquã	Camaquã
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino
Idade (anos)	46	48	47	26	28	33
Ano de conclusão da graduação	1994	1983	1992	2015	2014	2010
Município/UF de graduação	Santiago de Cuba	Havana, Cuba	Passo Fundo, RS	Santa Maria, RS	Havana, Cuba	Santiago de Cuba
Tempo de atuação na APS	20	30 anos	23 anos	9 meses	1 ano	6 anos
Tempo de atuação na UBS	3	1 ano e 3 meses	2 anos	8 meses	1 ano	2 anos e 6 meses
CH total semanal na UBS	40	40	20	40	40	40
Vínculo de trab. na UBS	PMM	PMM	Estatutário	PROVAB	PMM	PMM
Possui título de especialista	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Possui outro trabalho	Não	Não	Sim	Não	Não	Não

*Estão incluídas as horas dedicadas ao curso de especialização em Saúde da Família oferecida aos bolsistas do Mais Médicos e do PROVAB.
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2016

Quanto às atividades relativas à especialidade de ortopedia abordadas no questionário, todos entrevistados afirmam realizar tratamento de lombalgia. Já a imobilização de fraturas não é realizada por nenhum dos médicos, porém com exceção de um (médico 4), todos declararam que sabem realizar o procedimento.

Sobre a possibilidade de realizarem infiltração anestésica intra-articular no Brasil – como já ocorre em áreas remotas e desassistidas do Canadá – apenas um dos médicos não estaria disposto a realizar (médico 1), quatro indicaram que poderiam realizar com treinamento e capacitação. Já um dos entrevistados indicou que o clínico geral já deveria saber realizar este procedimento.

Sim claro, para os pacientes com artrite reumatoide, artrose resolve muito. Quem é clínico geral tem que saber fazer. É algo muito simples que trás uma boa resolatividade para o problema do paciente. Aqui no município acho que só tem um ou dois médicos que fazem isto. A gente tem que fazer o encaminhamento para eles que não é SUS, é privado. (Médico 6)

Quanto às atividades específicas da oftalmologia, a remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva é realizado por apenas dois médicos entrevistados (médicos 2 e 3), os demais indicaram que não realizam mais sabem realizar se necessário. Todos declamaram atender a queixas de olho vermelho na unidade em que atuam. Já o atendimento às queixas de diminuição da acuidade visual é desempenhado por três dos entrevistados (médicos 3, 5 e 6) ,dois afirmam que não realizam, mas sabem realizar (médico1 e 4) e um indicou que não sabe realizar (médicas 2). Por fim, a triagem de acuidade visual não é realizada por nenhum dos médicos na UBS, sendo que três indicaram que sabem realizar (3,5 e 6).

Ao serem questionadas sobre a qualidade da disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, apenas um dos entrevistados considera que o serviço é bom, pois de acordo com o mesmo tem acesso a vários especialistas (médico 4). Já entre aqueles que avaliaram negativamente, principal motivo foi o alto tempo de espera. Foram citadas como especialidades de maior dificuldade de encaminhamento: oftalmologia, ortopedia, cardiologia, gastrologia, endocrinologia, neurologia e reumatologia.

Gestores UBS

Foram entrevistados quatro gestores de UBS's, sendo três do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades entre 39e 44 anos. Três eram enfermeiros, com especialização em oncologia, saúde pública e saúde da família, sendo que um possuía título de mestre em saúde do idoso; e um era formado em pedagogia e ciências contábeis. O tempo de atuação na APS variou de 5 meses a 15 anos, na UBS em que trabalhavam na ocasião da entrevista, de 5 meses a 4 anos (Tabela 52).

Tabela 52: Perfil dos gestores de UBS entrevistados –Costa Doce– Junho 2016.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4
Município da entrevista	Guaíba	Guaíba	Camaquã	Guaíba
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade (anos)	40	39	41	44
Tempo de atuação na APS	15 anos	15 anos	4 anos	15 anos
Tempo de atuação na UBS	2 anos e meio	5 meses	4 anos	3 anos
Tempo de atuação como gestor da UBS	2 anos e meio	5 meses	4 anos	3 anos
Formação	Enfermagem	Enfermagem	Pedagogia e Ciên. contábeis	Enfermagem
Possui título de especialista	Sim	Sim	Não	Sim

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFG, 2016

Todos os entrevistados concordam que ‘a atenção primária seria mais eficiente se os profissionais de saúde ampliassem suas atividades clínicas’. O gestor 2 acrescenta, ainda, uma crítica ao sistema, que permanece “medicalocêntrico”:

Nós estamos tentando mudar, e é uma mudança difícil, que é essa visão centralizada no médico. Então muitas vezes o paciente vai para o especialista, porque não está tendo os devidos cuidados na atenção primária. Mas a população tem que se conscientizar também. (Gestor 2)

Três entrevistados também concordam que ‘para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessária uma qualificação específica’, sendo que um gestor acrescenta:

Na verdade falta educação continuada, cursos de aperfeiçoamento, de atualização. O município oferece, mas são raros. Eu acho que cada profissional tem que se capacitar, não pode ficar só esperando, mas o município poderia oferecer mais cursos. (Gestor 2)

O gestor que discorda desta afirmativa acredita que é necessário saber de tudo, não realizar cursos específicos:

O nosso leque de atividades nos obriga a saber de tudo um pouco. Não precisa fazer uma especialização [...] Porque eu vou fazer o primeiro atendimento de saúde mental. A partir do momento que eu detectar um risco de suicídio, eu vou encaminhar. Não vou me responsabilizar pela vida de um paciente instável. Assim como outras situações. [...] Eu não preciso ser mais especializado nas áreas, eu preciso é saber um pouco de tudo. (Gestor 1).

Ao serem questionados se ‘algumas atividades executadas por médicos em centro de especialidades poderiam ser realizadas por médicos da atenção básica na UBS’, três concordam, citando exemplos de descentralização do tratamento de tuberculose e HIV, solicitação de exames específicos, como PSA (Gestor 1), eletrocardiograma, mapa cardiológico, BCF, ecocardiograma, tabela de Snellen (Gestor 4). Os gestores criticaram a falta de responsabilização do médico da Atenção Primária:

É fácil encaminhar, então os profissionais encaminham. [Mas é fácil obter vaga de especialista?] Não, mas aí você entra em outra questão que é a corresponsabilidade profissional, que aqui não existe. O profissional, principalmente médico, encaminha o paciente. “Ahh, mas ele não vai conseguir vaga”. “Bom, aí o problema não é meu, eu fiz a minha parte que é de encaminhar”. Tem paciente aqui, do pré-natal de alto risco, que fica 3 meses na fila. Eu fico atendendo, o médico daqui fica atendendo, mas eu sei que tem unidades que os profissionais não atendem: “Eu já mandei pro alto risco, agora é do alto risco”. Eles não se sentem responsáveis pelos pacientes. (Gestor 1)

A gestora 2 afirma que existem casos, como a obesidade, que podem e devem ser tratados por médicos da APS: “[...] Às vezes, você tira a oportunidade de alguém que necessita realmente daquele atendimento [...]”. Ela elogia a participação da regulação de encaminhamentos via telefônica, chamada também de “Telessaúde”:

A gente agora tá com o telessaúde, que está trazendo de volta isso aí. Eles ligam e perguntam “Por que você encaminhou? Por que pediu esse exame?”. Aí os médicos acham que está travando um pouco mais. [...] Agora eles estão tendo que ter mais responsabilidade em relação a esses encaminhamentos. Isso tá dando trabalho, mas tá sendo bom. (Gestor 2)

Apenas três entrevistados opinaram sobre a seguinte afirmativa, sendo que todos concordam que ‘a expansão das atividades de médicos da atenção primária poderia compensar a escassez de médicos especialistas’.

Dois gestores concordam que ‘cada município deveria ter autonomia para definir protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde na atenção básica’ e dois concordam que ‘o Ministério da Saúde deveria definir os protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde da atenção básica’: “Uma série de coisas deveria ser padronizada. Esse excesso de autonomia que você dá para o município, na verdade você o libera para fazer o que quiser. Então deveria ser mais fechado, deveria ser mais o ministério” (Gestor 1). O gestor 4 acrescenta: “Depende da

realidade de cada município, mas seria bom o Ministério também. Acho que ele pode dar um norte para os municípios” (Gestor 4).

Sobre quem deveria ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde, se o Conselho Profissional ou Ministério da Saúde, um acredita ser apenas o Ministério da Saúde e cita um exemplo internacional para se justificar:

No Canadá, por exemplo, que tem um dos melhores programas de saúde do mundo, exercer uma atividade da saúde é uma concessão do Estado. [...] Então ele determina onde você pode atuar, quais são os seus limites legais. Isso faz com que se qualifique a atenção, que não tenha vazios no atendimento. “Ah, eu quero trabalhar em Porto Alegre porque tem a clínica do meu pai”. Não! [...] O excesso de poder que é dado aos conselhos faz com que se crie uma reserva de mercado, que não contribui em nada com a saúde pública, com a assistência em saúde. (Gestor 1)

Um acredita que o Conselho deveria ter a palavra final, mas não sabe opinar sobre o papel do Ministério. Dois acreditam que ambos deveriam definir, sendo que um deles afirma que o Conselho:

[...] tem que regulamentar a profissão, dizer o que a gente deve ou não deve fazer. Se não fosse assim a gente teria aquela tia que resolveu ser cuidadora e vem aqui aplicar injeção. Eles têm que nos proteger. Até porque, se eu der uma medicação, eu tenho que me responsabilizar pelo que eu estou fazendo. (Gestor 2)

Já se ‘para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessário mudar a Lei de exercício de cada profissão’, as opiniões foram divididas. Enquanto dois concordam com a afirmativa, os outros dois discordam: *“É mais uma coisa interna. Não precisa mudar a lei”* (Gestor 3).

Foi solicitado aos gestores que citassem alguns casos clínicos da oftalmologia e da ortopedia que poderiam ser tratados por médicos nas UBS’s. Em relação à oftalmologia, os gestores citaram: triagem de acuidade visual (Gestores 1 e 4), conjuntivites (Gestores 1 e 3) e glaucoma (Gestor 4). O gestor 1 acredita que não existe critério para encaminhamento: *“O paciente chega e fala assim “Ah, eu acho que preciso de um oftalmologista.” [E o médico] “Vai! Encaminho ao oftalmo!””*. O gestor 2 acredita que deve-se encaminhar sempre, e justifica:

É muito específico, né?! Já começa que tem que ter uma avaliação que necessita de instrumentos, de meios que não temos aqui. E mesmo que tivesse, é muito específico. Tem que ser o oftalmo. Tá com

dificuldade de visão? Tem que ser ele pra ver o grau, pra examinar fundo de olho, retina. (Gestor 2)

Entre os casos referentes à ortopedia, os gestores afirmam que, o que pode, já está sendo feito, como tratamento de lombalgias e outras analgesias para casos agudos e crônicos (que já estão em tratamento): “O restante deve ser encaminhado, por ser muito específico” (Gestor 1). Este mesmo gestor acrescenta:

Se a gente tivesse um raio-X no município já ajudaria muito. Se o paciente não conseguir no [hospital] regional, tem que ir pra Porto Alegre. Ou então tem que pagar [...] A prefeitura tinha um convênio, aí não sei o que aconteceu que desmancharam o convênio. (Gestor 1)

Os entrevistados citaram casos de outras especialidades e mantiveram a crítica aos encaminhamentos desnecessários, principalmente para endocrinologista:

No município é encaminhada muita bobagem. O paciente tá com 110 de glicose, já manda pro endócrino. Não entra com dieta, não faz o primeiro atendimento. Vai pro endócrino. TSH está alterado, não pede nem T3 e T4, manda pro endócrino. Endócrino é uma coisa que manda muita bobagem. (Gestor 1)

Quando questionados sobre os motivos pelo quais estes casos não são resolvidos nas UBS, os gestores citaram, além da cultura profissional, de realizar encaminhamentos desnecessários, a cultura da própria população:

Muitas coisas os pacientes não precisam, mas têm na cabeça que eles precisam, eles precisam, eles precisam, eles insistem, eles insistem, eles te deixam quase louca.[...] Aqui do lado eles recebem bolsa família, vale gás, vale isso, vale aquilo outro. Eles não trabalham. Então eles têm tempo pra achar doença. Então, se a secretaria de saúde fizesse alguma coisa pra eles... alguma atividade mensal, eles não pensariam tanto em doença. Cabeça vazia só acha doença! São todos depressivos, se enchem de Rivotril®. (Gestor 3)

A falta de protocolos (Gestor 2), de conhecimento geral e de equipamentos (Gestor 4), além das limitações gerais do sistema, como restrição na solicitação de exames laboratoriais, também foram citadas: “*Se a gente tivesse uma cota pra PSA, o paciente ia lá, fazia e voltava! Era uma consulta a menos com o urologista*” (Gestor 1).

Outro fator citado foi a falta de medicamentos nas unidades básicas de saúde, que limita a assistência aos usuários do sistema:

Medicamento não tem nenhum. Agora, com a nova resolução do COREN, o enfermeiro está proibido de dispensar medicação. [...] [Mas não tem farmácia aqui, como vocês fazem?] O problema é do paciente, porque é só na farmácia central. Aí o paciente vem aqui, gasta mais R\$10,80 pra ir na farmácia central e, 90% das vezes, não tem a medicação. Aí o dinheiro que ele podia estar comprando o início do tratamento, já gastou em passagem. (Gestor 1)

O gestor 2 aponta o mesmo motivo, mas explica o porquê da situação estar ocorrendo, além da resolução do conselho profissional de enfermagem:

Se chegar um paciente com febre eu não tenho um Paracetamol para dar para o paciente. A farmacêutica falou que nós temos que ter 130 mil reais para comprar todas as medicações que nós precisamos. Ela tem 70 mil, sendo que nós temos um pronto atendimento para abastecer. Então é dada prioridade para o pronto atendimento. O estado não está repassando a verba que tem que repassar para os municípios, então não é culpa do município. O município não tem o que fazer”. (Gestor 2)

Novamente em crítica ao sistema de saúde, um dos gestores afirma que não existe padronização nem retorno profissional, no referenciamento do pacientes:

[...] É uma conversa. O médico faz um papel, anota o ponto de referência, o paciente mesmo leva e fica ali esperando. Depois eles ligam para o paciente, a gente fica sabendo quando vem consultar de novo, porque aí ele conta pra gente. Senão não teria retorno nenhum. (Gestor 3)

Uma limitação geral do município também foi citada: a falta de estrutura física, como maternidade. *“Se a gestante tá pra ganhar, a gente faz o primeiro atendimento e manda pra Porto Alegre, porque não tem maternidade no município. Não nasce ninguém em Guaíba, todo mundo é de Porto Alegre”* (Gestor 4).

Por fim, foi solicitado aos gestores que opinassem quanto às vantagens e desvantagens da expansão das atividades de médicos, enfermeiros e dentistas para a gestão da UBS. Foram apontadas como vantagens: aumento da resolutividade da atenção primária, redução de encaminhamentos desnecessários e redução de custos: *“Eles [os gestores] não se dão conta desse contexto. Diminuiria exames, diminuiria muita coisa [...]”* (Gestor 3).

O gestor 1 também aponta a redução de custos e acrescenta que se deve mudar o sistema, embora não seja tarefa fácil:

Tantas coisas que as pessoas não percebem... Uma consulta com o especialista eles pagam 13 reais, com o enfermeiro custa 4,80. Porque a gente vai encaminhar para uma consulta cara, se ele vai dar uma receita de Ciclo 21, vai pedir uma mamografia? O caderno de atenção básica do ministério da saúde determina que toda mulher acima de 45 anos deve fazer a mamografia anual, acima de 50 deve fazer aquilo [...] então deveria ser só ir no centro que faz a mamografia e falar que tem mais de 50 e quer fazer a mamografia. Mas mudar isso é difícil! (Gestor 1)

O entrevistado 4 acrescenta: *“Vai facilitar a vida de todo mundo”*.

A principal desvantagem citada foi o aumento de trabalho, embora não demonstrem importância para este fator: *“Pra nós, é mais trabalho. Mas eu e o médico daqui, que gostamos de trabalhar, a gente não se importa com isso. A gente quer ver o paciente sair daqui com o problema resolvido. Dá prazer em ver ele bem”*. (Gestor 1) *“Vai ter um pouco mais de tarefas, mas normal. Se a gente sáisse um pouco da parte burocrática e fosse mais para a parte assistencial...”* (Gestor 4).

O gestor 3, em contradição ao dito como vantagem, foi o único que afirmou que o custo para o município aumentaria, uma vez que esta ampliação exigiria a contratação de mais profissionais (Gestor 3).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Arranjos de prática

De maneira geral, houve o destaque do arranjo de prática por meio da prestação de serviços via pessoa jurídica, identificada em todos os campos. Esta terceirização, fenômeno pelo qual uma instituição visando se dedicar a sua atividade-fim contrata a prestação de serviços ligados à sua atividade meio através de outra empresa, coloca à disposição da primeira, funcionários seus, intermediando o fornecimento desta mão-de-obra. Assim, existe uma relação triangular entre a empresa prestadora dos serviços, o empregado e a instituição tomadora dos serviços (beneficiária).

Essa estratégia é geralmente utilizada para aumentar a produtividade e lucratividade, reduzindo os custos com direitos trabalhistas e previdenciários, já que com a contratação de empresa prestadora de serviços, pessoa jurídica ou cooperativa, deixam de contratar pessoas físicas que seriam empregados registrados, sujeitos ao regime celetista ou estatutário.

É uma forma comum de contratação dentro das diversas especialidades médicas, inclusive na oftalmologia e ortopedia e traumatologia. Instituições públicas cada vez mais têm repassado a essas firmas, a prestação de serviços médicos e cobertura de escalas de plantões nos hospitais. Se por um lado existe o fator de atração profissional nessa modalidade de arranjo devido à possibilidade de remunerações mais altas, inclusive além dos limites da lei de reponsabilidade fiscal e do teto de remuneração individual no âmbito municipal, sem que conste em folha de pagamento dos estados e municípios, por outro, há a precarização das relações de trabalho, já que inexistem as garantias trabalhistas e previdenciárias.

O principal fator de atração apontado em todas as regiões, foi o valor salarial do médico. Outro fator bastante citado, porém como estratégia de fixação no setor público, seria a criação de um plano de cargos e carreiras federal, em analogia às carreiras jurídicas.

De acordo com os representantes institucionais entrevistados, não há uma escassez absoluta de médicos. O que existe é uma mal distribuição destes profissionais, que optam por fixarem-se próximos a grandes centros, onde as

condições de trabalho são melhores. Há um consenso que a existência de escolas médicas nas regiões contribui favoravelmente à fixação de profissionais nos municípios próximos.

Entrevistas com ortopedistas

Com relação aos ortopedistas entrevistados, identificou-se um perfil acima de 40 anos de idade e com maior tempo de atuação na especialidade (acima de 10 anos). A região de PEBA e de Cuiabá possuía especialistas mais jovens e com menor tempo de experiência, em relação às demais regiões estudadas. Os ortopedistas eram provenientes principalmente de municípios próximos de onde foi realizada a entrevista ou, no máximo, de estado vizinho. O campo da Baixada cuiabana foi o único a apresentar profissionais de outra região (São Paulo). Somente uma profissional do sexo feminino foi entrevistada, em todos os campos, ressaltando a predominância de homens nessa especialidade.

Os principais agravos de saúde atendidos pelos ortopedistas não difere quanto às regiões. Em consultórios isolados ou clínicas, predominam os atendimentos às lombalgias e às doenças degenerativas, como osteoartrose, sendo o principal procedimento o tratamento clínico de dores osteomusculares. Em hospitais os entrevistados afirmam que o trauma é mais frequente, motivo pelo qual a redução de fratura e as cirurgias são frequentes.

O acesso de pacientes de áreas remotas à ortopedia ocorre pelo encaminhamento via Sistema Nacional de Regulação (SISREG), mesmo que haja uma crítica constante a este instrumento. Há uma particularidade em Manaus, onde o pronto atendimento é considerado a porta de entrada para estes pacientes.

Quanto à percepção dos entrevistados sobre a realização de procedimentos pelos médicos da APS, observou-se melhor aceitação dos ortopedistas que atuam em Cuiabá, onde maior número de procedimentos seria autorizado aos profissionais da Atenção Primária. Atividades como solicitar exames de imagem, realizar acompanhamento pós-cirúrgico, prescrever antiinflamatórios e realizar acompanhamento de doenças e traumas ortopédicos em conjunto com o ortopedista foram comuns entre todos os campos.

Quanto à atuação dos fisioterapeutas, os ortopedistas foram mais resistentes em todas as regiões visitadas, sendo que apenas o acompanhamento pós-cirúrgico e o

encaminhamento do paciente a outros especialistas foram atividades em comum, citadas pelos entrevistados.

Entrevistas com oftalmologistas

Durante os campos realizados foram entrevistados 21 médicos oftalmologistas, a maioria do sexo masculino, com idades que variaram de 27 a 69 anos, sendo mais da metade com mais de 40 anos de idade. Entre os entrevistados, nove (um de PEPA, três do Entorno de Manaus e cinco da Baixada Cuiabana) são naturais de estados diferentes dos quais atuam. A maioria dos entrevistados reside no mesmo município em que foram realizadas as entrevistas. O tempo de experiência na especialidade de oftalmologia variou entre 2 a 40 anos. Nos campos de Manaus (AM) e Cuiabá (MT), observou-se que quase a totalidade dos entrevistados graduou nestes respectivos municípios. Um terço dos oftalmologistas já tiveram alguma experiência na APS, porém não mais do que quatro anos.

Foram entrevistadas oftalmologistas de diferentes cenários de atuação e com diferentes tipos de vínculo profissional, que incluíram profissionais estatutários que atuam em hospitais (geral e especializado) e/ou clínicas especializadas (policlínicas) públicas, autônomos que atuam tanto em hospitais e/ou clínicas especializadas públicas quanto privadas, proprietários de consultórios isolados, celetistas e bolsistas-residentes. A grande maioria dos oftalmologistas entrevistados atuava também em outros locais, além daqueles em que foram realizadas as entrevistas.

Os entrevistados informaram atender pacientes provenientes de vários municípios da região de saúde e dos estados, em que foram realizadas as entrevistas. Entre os principais agravos de saúde atendidos observou-se uma predominância de atendimento de casos de refração (70 a 90% dos atendimentos), além disto, os profissionais relataram atender também muitos casos de conjuntivites, catarata precoce, glaucoma e retinopatia diabética, corpo estranho na córnea e conjuntiva, etc.

Os participantes indicaram realizar principalmente procedimentos/exames básicos de uma consulta oftalmológica, como triagem de acuidade visual, fundo de olho, tonometria, curva tensional, paquimetria, retinografia e a angiografia, dentre outros exames complementares. Entre os pequenos procedimentos cirúrgicos foram citados principalmente a retirada de corpo estranho, traumas, quadros de

perfuração. Já no que diz à procedimentos cirúrgicos maiores, cerca de 80% são de segmento anterior, como catarata e glaucoma, e 20% de segmento posterior (retina).

Em todos os campos os oftalmologistas se concentram nas capitais e/ou sedes das regiões de saúde. O acesso da população a este serviço, principalmente de municípios mais isolados e remotos, é, portanto, bastante limitado, se concentrando nas sedes das regiões. Os profissionais relataram que geralmente é o próprio paciente que tem que se deslocar para conseguir atendimento, principalmente no âmbito do SUS. No interior o paciente geralmente recorre a atendimento particular com oftalmologistas ou aos optometristas.

Uma forma de oferta de serviços de oftalmologia observada foi através da organização de mutirões cirúrgicos e não cirúrgicos realizados tanto pelos governos federais, estaduais e municipais, quando pelo conselho de oftalmologia, universidades, e entidades filantrópicas. Estes variam muito em termos de frequência, tipo e organização. A maioria dos entrevistados, já participou de mutirões no passado, no entanto poucos participam atualmente. Apesar das diferenças com relação à organização, financiamento, tipos e frequência dos mutirões de oftalmologia entre as regiões, observou-se uma resistência entre vários entrevistados quanto sua necessidade e importância, principalmente entre aqueles que nunca participaram.

Em todas as regiões observou-se que os entrevistados são bastante resistentes quanto à realização de procedimento e atendimentos oftalmológicos por médicos clínicos que atuam na APS. A maioria acredita que o clínico não é capaz de atender esta especialidade, seja por falta de conhecimento, insegurança do próprio profissional e principalmente a diante da falta de aparelhagem/ instrumentos específicos desta especialidade. Muitos relataram que existe pouca resolutividade na APS e que falta uma tiragem bem feita antes de encaminhar o paciente para o oftalmologista, observando que o médico da APS, teria condições de realizar principalmente, testes de acuidade visual, teste de motilidade ocular, tonometria, pré-operatório e diagnosticas e tratar infecções oculares comuns.

Já com relação ao profissional optometrista, observou-se entre os entrevistados uma resistência ainda maior, argumentando que o optometrista é qualificado apenas para confeccionar óculos, não tem formação adequada realizar o exame ocular, podendo atrasar o diagnóstico de doenças e inclusive acarretar a cegueira dos pacientes.

Entrevistas com médicos da APS

Foi entrevistado um total de 23 médicos da APS durante os campos, sendo um pouco mais da metade do sexo feminino, com idades que variaram entre 26 a 60 anos de idade. Apenas em Petrolina e Manaus foram entrevistados médicos nascidos no mesmo município, respectivamente um e quatro médicos. Nos demais campos os médicos eram ou estrangeiros do Programa Mais Médicos (n=6), ou naturais do mesmo estado (n=6), ou de outro estado (n=5). O tempo de experiência na APS variou de menos de um ano à mais de 30. A maioria dos entrevistados atuavam apenas na unidade em que foi realizada a entrevista.

Todos os entrevistados relataram atender casos de lombalgias. É interessante observar, que grande parte dos ortopedistas entrevistados relatou que a dor lombar é uma das queixa mais frequente encaminhada por médicos da APS a serviços especializados de ortopedia. Já a imobilização de fraturas é realizada apenas por dois dos médicos entrevistados na UBS.

Sobre a possibilidade de realizarem infiltração anestésica intra-articular no Brasil – como já ocorre em áreas remotas e desassistidas do Canadá – a maioria dos médicos estaria disposto a realizar, no entanto, mediante treinamento e capacitações específicas, sugerindo que o médico não concluí a graduação preparado para realizar tal procedimento.

Quanto às atividades específicas da oftalmologia, poucos realizam atendimento às queixas de diminuição da acuidade visual, triagem de acuidade visual e principalmente a remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva na UBS. No entanto, quase todos entrevistados relataram tratar de queixas de olho vermelho na unidade.

Observou-se ainda durante os campos que as especialidades de ortopedia e oftalmologia, configuram-se entre as que de maior dificuldade de encaminhamento segundo os médicos d APS.

Entrevistas com gestores de UBS

Observou-se que os gestores entrevistados apresentavam perfis semelhantes em todos os campos realizados. Estes eram, quase em sua totalidade, enfermeiros, do sexo feminino, com tempo de atuação como gestor de até 4 anos, coincidindo com o tempo de atuação na unidade de saúde. A idade média dos participantes foi de cerca de 40

anos, excetuando a região de PEBA, que apresentou profissionais com idades ligeiramente menores que as demais.

As opiniões dos entrevistados quanto à ampliação das atividades clínicas dos profissionais da atenção primária em saúde, em geral, foram favoráveis, principalmente mediante capacitação desses atores.

Casos de ortopedia, como lombalgias e outras dores articulares ou musculares foram exemplos comuns citados pelos gestores, em todos os campos. Já de oftalmologia, a triagem de acuidade visual e o tratamento de conjuntivites foram os principais procedimentos considerados passíveis de serem resolvidas na APS. Em todas as regiões existe demanda reprimida para estas especialidades.

Os motivos, em geral, citados pelos gestores, para a não realização destes tratamentos foram: cultura profissional e da população, falta de capacitação profissional, limitações do sistema – como restrição na solicitação de exames – e falta de estrutura física e de materiais.

Eles acreditam que a principal vantagem em se ampliar o escopo dos profissionais da atenção primária seria o aumento da resolutividade da atenção primária, com redução do fluxo para a atenção secundária, redução do tempo de espera do paciente e aumento da qualidade do serviço prestado. Entre as desvantagens foi citada, principalmente, a sobrecarga de trabalho para os profissionais da APS.

Apêndice A – INSTRUMENTOS (ROTEIROS E QUESTIONÁRIOS)

A1 – Roteiros

Roteiro para entrevista com responsável pela Atenção Especializada em municípios e estados

1. Qual o número aproximado de especialistas atuando pelo município/estado?
2. Como esses especialistas são contratados? (próprios, terceirizados)
3. Existe escassez de profissionais médicos especialistas na região? Como vocês lidam com isso? (Soluções)
4. Como é garantida a cobertura de especialidades em áreas remotas?
5. Como acontece a atração e fixação de médicos?
6. Para quais especialidades existe maior dificuldade de contratação e fixação?
7. Para aumentar o acesso a serviços especializados e também a resolutividade do cuidado prestado, quais atividades poderiam ser realizadas na Atenção Primária em Saúde?
8. Existem inovações relacionadas às atividades clínicas que cada profissional cooperado pode exercer (i.e, expansão do escopo de prática?) Há compartilhamento de funções?

Roteiro para entrevista com Sociedades de Especialistas/ Cooperativas

1. Qual o número aproximado de especialistas no município/estado?
2. Como é a formação de especialistas? Existe residência no município?
3. Existe escassez de profissionais médicos especialistas na região? Como vocês lidam com isso? (Soluções)
4. Como acontece a atração e fixação de médicos?
5. Quais são os tipos de arranjo de trabalho?
6. Existem inovações relacionadas às atividades clínicas que cada profissional cooperado pode exercer (i.e, expansão do escopo de prática?) Há compartilhamento de funções?
7. Para aumentar o acesso a serviços especializados e também a resolutividade do cuidado prestado, quais atividades poderiam ser realizadas na Atenção Primária em Saúde?

A2 – Questionário Ortopedistas

Número de identificação: _____

Tipo de estabelecimento:

☐ Consultório isolado

☐ Clínica especializada/Policlínica

☐ Unidade de Pronto Atendimento

☐ Hospital

☐ Outro: _____

Nome do estabelecimento: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Email do profissional: _____

ESCOPO DE PRÁTICA

1. Qual a origem dos pacientes atendidos neste local?

Municípios:

2. Em sua prática clínica neste local de trabalho, quais os casos clínicos e agravos de saúde mais frequentes?

3. Em sua prática clínica neste local de trabalho, quais procedimentos você realiza com maior frequência?

(Imobilizações, suturas, excisão de pontos, redução de fratura, cirurgia, etc.)

4. Devido à alta demanda por acompanhamento ortopédico, existem programas de atendimento à população que visam, em um esforço concentrado, reduzir a espera da população por alguns procedimentos, como, por exemplo, cirurgias de alta complexidade (artroplastia, etc.). Você participa de algum desses mutirões neste município ou para outros municípios da região? Com qual frequência?

4.1. Se não participa, sabe se existem?

5. Como populações de áreas remotas e sem profissionais especialistas têm acesso ao atendimento de ortopedia?

6. Como você referencia seus pacientes para níveis de atenção de média e alta complexidade?

6.1. Como você acompanha esses pacientes (sistema de contra referência)?

7. Você delega alguma atividade ou tarefa técnica para outro profissional?

☐ Sim, sem supervisão

☐ Sim, mas sob supervisão

☐ Não

Se sim, qual (is) atividades(s) e para quem?

8. Existem casos clínicos que podem ser tratados tanto por ortopedistas quanto por outros especialistas? Qual especialidade fornece o tratamento em cada caso?

9. Quais dos seguintes procedimentos você acha que poderiam ser executados por médicos das Unidades Básicas de Saúde (Atenção Primária em Saúde), considerando que ele seja capacitado e que haja disponibilidade de material e equipamentos adequados:

- ☐ Solicitar exames de imagem (raio-X, ultrassom, ressonância magnética)
- ☐ Interpretar exames de imagem
- ☐ Emitir relatório acerca de exames de imagem
- ☐ Realizar manejo de fraturas (preparação do membro, imobilização, etc.)
- ☐ Realizar manobras de redução manual de fraturas e luxações
- ☐ Realizar manobras de mobilização articular
- ☐ Realizar acompanhamento pré-cirúrgico
- ☐ Realizar acompanhamento pós-cirúrgico
- ☐ Realizar testes ortopédicos (Jobe, Gaveta anterior, Gaveta posterior, etc.)
- ☐ Diagnosticar acometimentos ortopédicos/ osteomusculares comuns
- ☐ Tratar acometimentos ortopédicos/ osteomusculares comuns
- ☐ Prescrever medicamentos anti-inflamatórios intra-articulares/ intramusculares
- ☐ Prescrever órteses
- ☐ Prescrever próteses
- ☐ Realizar o acompanhamento de doenças e traumas ortopédicos em conjunto com o ortopedista
- ☐ Outros:

- 9.1. Dos procedimentos que você considerou que não podem ser realizados na atenção primária, qual o motivo?

10. Considerando a existência de áreas geográficas (remotas e isoladas) com escassez e dificuldade de retenção de determinadas especialidades médicas, países como o Canadá, Estados Unidos e Austrália têm utilizado a estratégia de expandir as atividades clínicas de profissionais não médicos, a exemplo dos fisioterapeutas, técnicos e auxiliares.

No caso da expansão de atividades destes profissionais em situações semelhantes no Brasil, quais dos seguintes procedimentos você acha que poderiam ser executados por fisioterapeutas?

- ☐ Realizar manejo de fraturas (preparação do membro, imobilização, etc.)
- ☐ Realizar manobras de redução manual de fraturas e luxações sob assistência
- ☐ Realizar testes ortopédicos
- ☐ Solicitar exames de imagem (raio-X, ultrassom, ressonância magnética)
- ☐ Interpretar exames de imagem
- ☐ Solicitar exames laboratoriais
- ☐ Solicitar exame de eletromiografia
- ☐ Prescrever medicamentos para manutenção do tratamento
- ☐ Realizar acompanhamento pós-cirúrgico
- ☐ Prescrever órteses
- ☐ Realizar encaminhamento do paciente a outros especialistas
- ☐ Outros

Quais dos seguintes procedimentos você acha que poderiam ser executados por técnicos com formação em imobilização ortopédica?

- ☐ Aplicar aparelhos gessados e enfaixamentos
- ☐ Retirar aparelhos gessados e enfaixamentos
- ☐ Auxiliar o médico no preparo de trações cutâneas

- ☐ Auxiliar o médico na execução de trações cutâneas
- ☐ Auxiliar o médico na instalação de trações esqueléticas
- ☐ Auxiliar o médico nas manobras de redução manual de fraturas e luxações
- ☐ Outros

10.1. Dos procedimentos que você considerou que não podem ser realizados por fisioterapeutas, qual o motivo?

10.2. Dos procedimentos que você considerou que não podem ser realizados por técnicos com formação em imobilização ortopédica, qual o motivo?

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

11. Sexo:

- ☐ FEMININO ☐ MASCULINO

12. Sobre você, responda:

- 12.1. Ano de nascimento: _____
- 12.2. Nacionalidade: _____
- 12.3. Naturalidade: _____
- 12.4. Município de residência: _____ UF: _____

13. Sobre a sua graduação, informe:

- 13.1. Nome da instituição: _____
- 13.2. Município: _____ UF: _____
- 13.3. Turno: _____
- 13.4. Ano de conclusão: _____

14. Como você obteve o título de especialista? Marque todas que se apliquem.

- ☐ Residência
- ☐ Curso de especialização
- ☐ Sociedade da especialidade
- ☐ Mestrado e/ou doutorado
- ☐ Outro (especifique): _____

15. Há quanto tempo você atua nesta especialidade? ____ anos.

16. Você já atuou na Atenção Básica? ☐ Não ☐ Sim. Quanto tempo? ____ anos.

17. Você possui outra especialidade, além da de ortopedia?

Especificar: _____

18. Você já participou do PROVAB ou Mais Médicos?

- ☐ Sim, Mais Médicos. ☐ Sim, PROVAB. ☐ Não.

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

19. Indique em qual (is) local (is) você trabalha, o município/UF em que está localizado e o tipo de vínculo empregatício:

Tipo de estabelecimento	Município/UF	Tipo de vínculo 1 – Estatutário 2 – Cargo comissionado 3 – Contrato temporário com a administração pública 4 – Celetista 5 – Bolsista 6 – Autônomo/PF 7 – Autônomo/PJ
☐ UPA		
☐ Hospital		
☐ Consultório		
☐ Clínica/Policlínica/ Centro de especialidades		
☐ Outro (s): _____		

CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

19. Você recebe o pagamento de seus atendidos através de:

Tipos	Nº de atendimentos/mês
☐ Desembolso direto	
☐ Convênios seguro/ plano de saúde	
☐ Outros convênios: _____	
☐ Sistema Único de Saúde	

20. **(Específica para consultório isolado)** Você trabalha com outros profissionais médicos?
(Se sim, qual(is) especialidade(s), quantidade, forma de organização – sociedade?, remuneração, etc.)

21. Com quais profissionais não médicos você trabalha?

(Qual(is) especialidade(s), quantidade, forma de organização – sociedade?, remuneração, etc.)

22. Quanto tempo de trabalho você dedica a este local? (CH semanal, dias, turnos)

Quem respondeu esta sessão? _____

A3 – Questionário Oftalmologistas

Número de identificação: _____

Tipo de estabelecimento:

☐ Consultório isolado

☐ Clínica especializada/Policlínica

☐ Unidade de Pronto Atendimento

☐ Hospital

☐ Outro: _____

Nome do estabelecimento: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Email do profissional: _____

ESCOPO DE PRÁTICA

1. Qual a origem dos pacientes atendidos neste local?

Municípios:

2. Em sua prática clínica neste local de trabalho, quais os casos clínicos e agravos de saúde mais frequentes?

3. Em sua prática clínica neste local de trabalho, quais procedimentos você realiza com maior frequência?

(Remoção de corpo estranho, problemas de refração, triagem da acuidade visual, cirurgia, etc.)

4. Devido à alta demanda por acompanhamento ortopédico, existem programas de atendimento à população que visam, em um esforço concentrado, reduzir a espera da população por alguns procedimentos, como, por exemplo, cirurgias de catarata. Você participa de algum desses mutirões neste município ou para outros municípios da região? Com qual frequência?

4.1. Se não participa, sabe se existem?

5. Como populações de áreas remotas e sem profissionais especialistas têm acesso a atendimento oftalmológico?

6. Como você referencia seus pacientes para níveis de atenção de média e alta complexidade?

6.1. Como você acompanha esses pacientes (sistema de contra referência)?

7. Você delega alguma atividade ou tarefa técnica para outro profissional?

☐ Sim, sem supervisão

☐ Sim, mas sob supervisão

☐ Não

Se sim, qual (is) atividades(s) e para quem?

8. Quais dos seguintes procedimentos você acha que poderiam ser executados por médicos das Unidades Básicas de Saúde (Atenção Primária em Saúde) considerando que ele seja capacitado e que haja disponibilidade de material e equipamentos adequados:

☐ Realizar teste de refração

☐ Realizar exame de fundo de olho

- ☐ Realizar tonometria (tônus ocular)
- ☐ Realizar teste de motilidade ocular
- ☐ Realizar teste de acuidade visual
- ☐ Diagnosticar doenças sistêmicas (Diabetes, hipertensão e tumores cerebrais) a partir de sinais e sintomas oculares
- ☐ Diagnosticar infecções oculares comuns
- ☐ Diagnosticar doenças mais prevalentes como glaucoma e catarata
- ☐ Remover corpo estranho da córnea
- ☐ Tratar infecções oculares comuns
- ☐ Prescrever medicamentos de uso ocular (tópicos, intravítreos)
- ☐ Prescrever óculos e lentes:
- ☐ Dispensar óculos e lentes:
- ☐ Adaptar os óculos e lentes de contato
- ☐ Realizar pré-operatório de cirurgias
- ☐ Realizar pós-operatório de cirurgias
- ☐ Fazer acompanhamento de doenças oculares em conjunto com o oftalmologista
- ☐ Outros:

8.1. Dos procedimentos que você considerou que não podem ser realizados na atenção primária, qual o motivo?

9. Considerando a existência de áreas geográficas (remotas e isoladas) com escassez e dificuldade de retenção de determinadas especialidades médicas, países como o Canadá, Estados Unidos e Austrália têm utilizado a estratégia de expandir as atividades clínicas de profissionais não médicos, a exemplo dos optometristas, técnicos e auxiliares.

No caso da expansão de atividades destes profissionais em situações semelhantes no Brasil, quais dos seguintes procedimentos você acha que poderiam ser executados por optometristas?

- ☐ Realizar exame de fundo de olho
- ☐ Realizar teste de refração clínica
- ☐ Realizar teste de refração automática em indivíduos de baixo risco, nos lugares onde a tecnologia e o equipamento seja disponibilizado (sem outras doenças de base como diabetes, hipertensão ou doenças oftalmológicas, <65 anos, etc)
- ☐ Adaptar óculos e lentes de contato
- ☐ Dispensar óculos e lentes:
- ☐ Prescrever óculos e lentes:
- ☐ Encaminhar pacientes para tratamento de doenças identificadas como diabetes, hipertensão.
- ☐ Diagnosticar infecções oculares comuns
- ☐ Diagnosticar doenças mais prevalentes como glaucoma e catarata
- ☐ Realizar pré-operatório de cirurgias
- ☐ Realizar pós-operatório de cirurgias
- ☐ Prescrever medicamentos de uso ocular tópico
- ☐ Outros

9.1. Dos procedimentos que você considerou que não podem ser realizados por optometristas, qual o motivo?

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

10. Sexo: ☐ FEMININO ☐ MASCULINO
11. Sobre você, responda:
- 11.1. Ano de nascimento: _____
- 11.2. Nacionalidade: _____
- 11.3. Naturalidade: _____
- 11.4. Município de residência: _____ UF: _____
12. Sobre a sua graduação, informe:
- 12.1. Nome da instituição: _____
- 12.2. Município: _____ UF: _____
- 12.3. Turno: _____
- 12.4. Ano de conclusão: _____
13. Como você obteve o título de especialista? Marque todas que se aplicarem.
- ☐ Residência
- ☐ Curso de especialização
- ☐ Sociedade da especialidade
- ☐ Mestrado e/ou doutorado
- ☐ Outro (especifique): _____
14. Há quanto tempo você atua nesta especialidade? ____ anos.
15. Você já atuou na Atenção Básica? ☐ Não ☐ Sim. Quanto tempo? ____ anos.
16. Você possui outra especialidade, além da de oftalmologia?
Especificar: _____
17. Você já participou do PROVAB ou Mais Médicos?
☐ Sim, Mais Médicos. ☐ Sim, PROVAB. ☐ Não.

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

18. Indique qual (is) local (is) você trabalha, o município/UF em que está localizado, a carga horária e o tipo de vínculo empregatício:

Tipo de estabelecimento	Município/UF	Tipo de vínculo 1 – Estatutário 2 – Cargo comissionado 3 – Contrato temporário com a administração pública 4 – Celetista 5 – Bolsista 6 – Autônomo/PF 7 – Autônomo/PJ
☐ UPA		
☐ Hospital		
☐ Consultório		
☐ Clínica/Policlínica/ Centro de especialidades		
☐ Outro (s): _____		

CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

19. Você recebe o pagamento de seus atendidos através de:

Tipos	Nº de atendimentos/mês
☐ Desembolso direto	
☐ Convênios seguro/ plano de saúde	
☐ Outros convênios: _____	
☐ Sistema Único de Saúde	

20. **(Específica para consultório isolado)** Você trabalha com outros profissionais médicos?
(Se sim, qual(is) especialidade(s), quantidade, forma de organização – sociedade?, remuneração, etc.)

21. Com quais profissionais não médicos você trabalha?
(Qual(is) especialidade(s), quantidade, forma de organização – sociedade?, remuneração, etc.)

22. Quanto tempo de trabalho você dedica a este local? (CH semanal, dias, turnos)

Quem respondeu esta sessão? _____

Apêndice B – MERCADO FORMAL – RAIS

B1 – Regiões de Petrolina e Juazeiro (PEBA)

Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Regiões Petrolina e Juazeiro, 2014.

Classe de atividade econômica (CNAE 2.0)	Estabelecimentos			Vínculos			Vínc/ Estab.
	N	%	QL	N	%	QL	
Total da economia	11.582			135.023			11,7
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101)	37	0,32	1,4	1.640	1,21	0,5	44,3
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86.216)	0	0	0	0	0	0	NA
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86.224)	0	0	0	0	0	0	NA
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305)	248	2,14	0,8	532	0,39	0,7	2,1
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86.402)	69	0,6	1,1	515	0,38	0,8	7,5
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86.500)	57	0,49	0,9	102	0,08	0,6	1,8
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde (Classe 86.607)	0	0	0	0	0	0	NA
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86.909)	12	0,1	0,4	26	0,02	0,1	2,2
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717)	303	2,62	1,4	1.189	0,88	1	3,9
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47.733)	17	0,15	1,1	31	0,02	0,5	11,7
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741)	88	0,76	1,4	436	0,32	2,3	5
Cultivo de Uva (Classe 01.326)	558	4,82	130,7	15.165	11,23	299,9	27,2
Cultivo de Frutas de Lavoura Permanente, Exceto Laranja e Uva (Classe 01.334)	428	3,7	20,3	7.189	5,32	40,4	16,8
Criação de Caprinos e Ovinos (Classe 01.539)	25	0,22	9,1	43	0,03	8,3	1,7
Extração de Minerais Metálicos Não-Ferrosos não Especificados Anteriormente (Classe 07.294)	2	0,02	6,1	231	0,17	6,7	115,5
Extração de Minerais para Fabricação de Adubos, Fertilizantes e Outros Produtos Químicos (Classe 08.916)	1	0,01	3,4	145	0,11	10,9	145
Extração de Gemas (Pedras Preciosas e Semipreciosas) (Classe 08.932)	1	0,01	3,8	1	0	0,3	1
Extração de Minerais Não-Metálicos não Especificados Anteriormente (Classe 08.991)	1	0,01	0,5	2	0	0,1	2
Atividades de Apoio à Extração de Minerais, Exceto Petróleo e Gás Natural (Classe 09.904)	1	0,01	1,2	17	0,01	1,3	17
Fabricação de Conservas de Frutas (Classe 10.317)	17	0,15	5,9	244	0,18	4,9	14,4
Beneficiamento de Arroz e Fabricação de Produtos do Arroz (Classe 10.619)	2	0,02	0,8	37	0,03	0,6	18,5
Fabricação de Vinho (Classe 11.127)	6	0,05	5,9	298	0,22	17,1	49,7
Fabricação de Artefatos de Tapeçaria (Classe 13.529)	4	0,03	2	8	0,01	0,4	2
Fabricação de Produtos Cerâmicos Refratários (Classe 23.419)	2	0,02	1,7	42	0,03	1,4	21
Fabricação de Produtos Cerâmicos Não-Refratários para Uso Estrutural na Construção (Classe 23.427)	29	0,25	1,6	863	0,64	2,2	29,8
Geração de Energia Elétrica (Classe 35.115)	5	0,04	1,7	268	0,2	2,9	53,6
Administração Pública em Geral (Classe 84.116)	47	0,41	1	29.146	21,59	1,3	620,1
Seguridade Social Obrigatória (Classe 84.302)	4	0,03	2,3	585	0,43	4	146,3
Educação Superior - Pós-Graduação e Extensão (Classe 85.333)	3	0,03	2,3	8	0,01	0,1	2,7
Educação Profissional de Nível Tecnológico (Classe 85.422)	1	0,01	2,7	868	0,64	10,3	868
Comércio varejista (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	4.239	36,6		20.075	14,9		4,7

B2 – Petrolina (PE)

Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais, e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Petrolina (PE), 2014.

Classe de atividade econômica (CNAE 2.0)	Estabelecimentos			Vínculos			Vínc/ Estab.
	Nº	%	QL	Nº	%	QL	
Total da economia	6.050			68.630			11,3
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101)	20	0,3	1,46	1.049	1,5	0,66	52,5
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305)	175	2,9	1,02	395	0,6	0,99	2,3
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86.402)	35	0,6	1,08	271	0,4	0,87	7,7
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86.500)	34	0,6	1,08	59	0,1	0,64	1,7
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86.909)	9	0,1	0,62	17	0,0	0,12	1,9
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717)	131	2,2	1,13	623	0,9	1,02	4,8
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47.733)	11	0,18	1,38	14	0,02	0,45	1,3
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741)	31	0,5	0,95	226	0,3	2,36	7,3
Cultivo de Uva (Classe 01.326)	442	7,3	198,20	10.003	14,6	389,16	22,6
Cultivo de Frutas de Lavoura Permanente, Exceto Laranja e Uva (Classe 01.334)	264	4,4	23,96	3.460	5,0	38,21	13,1
Criação de Caprinos e Ovinos (Classe 01.539)	4	0,1	2,79	11	0,0	4,20	2,8
Fabricação de Conservas de Frutas (Classe 10.317)	12	0,2	7,98	216	0,3	8,54	18,0
Fabricação de Artefatos de Tapeçaria (Classe 13.529)	3	0,0	2,86	7	0,0	0,72	2,3
Fabricação de Produtos Cerâmicos Não-Refratários para Uso Estrutural na Construção (Classe 23.427)	6	0,1	0,63	209	0,3	1,07	34,8
Administração Pública em Geral (Classe 84.116)	7	0,1	0,30	6.930	10,1	0,62	990,0
Seguridade Social Obrigatória (Classe 84.302)	2	0,0	2,18	262	0,4	3,52	131,0
Educação Superior - Pós-Graduação e Extensão (Classe 85.333)	1	0,0	1,49	1	0,0	0,02	1,0
Educação Profissional de Nível Tecnológico (Classe 85.422)	1	0,0	5,14	868	1,3	20,29	868,0
Comércio varejista (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	1.796	29,7		9.691	14,1		

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, a partir da RAIS/MTE de dezembro de 2014.

B3 – Juazeiro (BA)

Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais, e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Juazeiro (BA), 2014.

Classe de atividade econômica (CNAE 2.0)	Estabelecimentos			Vínculos			Vínc./ Estab.
	Nº	%	QL	Nº	%	QL	
Total da economia	3.109			34.614			11,1
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101)	12	0,4	1,71	513	1,5	0,64	42,8
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305)	48	1,5	0,54	95	0,3	0,47	2,0
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86.402)	17	0,5	1,02	201	0,6	1,27	11,8
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86.500)	19	0,6	1,18	37	0,1	0,79	1,9
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86.909)	3	0,1	0,40	9	0,0	0,13	3,0
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717)	59	1,9	0,99	255	0,7	0,83	4,3
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47.733)	6	0,19	1,47	17	0,05	1,09	2,83
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741)	31	1,0	1,85	159	0,5	3,29	5,1
Cultivo de Uva (Classe 01.326)	70	2,3	61,08	2.971	8,6	229,17	42,4
Cultivo de Frutas de Lavoura Permanente, Exceto Laranja e Uva (Classe 01.334)	98	3,2	17,31	1.695	4,9	37,11	17,3
Criação de Caprinos e Ovinos (Classe 01.539)	7	0,2	9,49	8	0,0	6,06	1,1
Fabricação de Conservas de Frutas (Classe 10.317)	4	0,1	5,18	19	0,1	1,49	4,8
Fabricação de Produtos Cerâmicos Não-Refratários para Uso Estrutural na Construção (Classe 23.427)	2	0,1	0,41	24	0,1	0,24	12,0
Geração de Energia Elétrica (Classe 35.115)	1	0,0	1,27	128	0,4	5,47	128,0
Administração Pública em Geral (Classe 84.116)	7	0,2	0,58	5.516	15,9	0,98	788,0
Seguridade Social Obrigatória (Classe 84.302)	1	0,0	2,12	321	0,9	8,54	321,0
Educação Superior - Pós-Graduação e Extensão (Classe 85.333)	1	0,0	2,89	1	0,0	0,04	1,0
Comercio varejista (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	1.209	38,9		6.240	18,0		

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, a partir da RAIS/TEM de dezembro de 2014.

B4 – Região Entorno de Manaus (AM)

Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Região Entorno Manaus, 2014.

Classe de atividade econômica (CNAE 2.0)	Estabelecimentos			Vínculos			Vínc/ Estab.
	N	%	QL	N	%	QL	
Total da economia	20.006			570.798			28,5
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101)	58	0,29	1,28	8.694	1,52	0,66	149,9
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216)	1	0	0,95	6	0	0,08	6
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86224)	0	0	0	0	0	0	0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86305)	601	3	1,06	1.930	0,34	0,58	3,2
Ativ. de Serv. de Complementação Diagn. e Terapêutica (Classe 86402)	100	0,5	0,94	1.495	0,26	0,57	15
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86500)	114	0,57	1,1	1.755	0,31	2,28	15,4
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86909)	58	0,29	1,21	277	0,05	0,24	4,8
Fabricação de Medicamentos para Uso Humano (Classe 21211)	3	0,01	1,25	425	0,07	0,42	141,7
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 46443)	27	0,13	1,79	1.249	0,22	1,68	46,3
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47733)	52	0,26	1,98	262	0,05	1,02	5
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47717)	435	2,17	1,13	3.673	0,64	0,72	8,4
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47741)	189	0,94	1,75	1.278	0,22	1,6	6,8
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	6.339	31,69	1,15	59.680	10,46	0,81	9,4
Administração Pública em Geral (Classe 84116)	124	0,62	1,59	120.065	21,03	1,29	968,3
Cultivo de Cana-De-Açúcar (Classe 1130)	1	0	0,02	997	0,17	0,59	997
Cultivo de Oleaginosas de Lavoura Temporária, Exceto Soja (Classe 1164)	2	0,01	0,39	24	0	0,38	12
Produção de Mudas e Outras Formas de Propagação Vegetal, Certificadas (Classe 1423)	2	0,01	0,73	6	0	0,11	3
Pesca em água Doce (Classe 3124)	3	0,01	3,18	8	0	1,35	2,7
Aquicultura em água Doce (Classe 3221)	14	0,07	2,17	46	0,01	0,56	3,3
Preservação do Pescado e Fabricação de Produtos do Pescado (Classe 10201)	2	0,01	0,96	87	0,02	0,45	43,5
Fabricação de Conservas de Frutas (Classe 10317)	10	0,05	2,01	126	0,02	0,6	12,6
Fabricação de Refrigerantes e de Outras Bebidas Não-Alcoólicas (Classe 11224)	23	0,11	9,12	2.496	0,44	3,47	108,5
Fabricação de Produtos Cerâmicos Refratários (Classe 23419)	4	0,02	1,98	69	0,01	0,55	17,3
Fabricação de Produtos Cerâmicos Não-Refratários para Uso Estrutural na Construção (Classe 23427)	15	0,07	0,48	574	0,1	0,35	38,3
Metalurgia dos Metais Não-Ferrosos e Suas Ligas não Especificados Anteriormente (Classe 24491)	7	0,03	2,01	1.003	0,18	5,68	143,3
Fabricação de Aparelhos de Recepção, Reprodução, Gravação e Amplificação de áudio e Vídeo (Classe 26400)	27	0,13	15,73	9.882	1,73	49	366
Fabricação de Cronômetros e Relógios (Classe 26523)	9	0,04	46,76	1.866	0,33	56,31	207,3
Fabricação de Aparelhos e Equip. de Ar Condicionado (Classe 28241)	6	0,03	10,04	3.236	0,57	38,83	539,3
Construção de Embarcações e Estruturas Flutuantes (Classe 30113)	37	0,18	24,19	1.865	0,33	3,07	50,4
Fabricação de Motocicletas (Classe 30911)	16	0,08	33,25	11.468	2,01	70,13	716,8

Fabricação de Colchões (Classe 31047)	11	0,05	4,53	557	0,1	1,93	50,6
Fabricação de Escovas, Pincéis e Vassouras (Classe 32914)	3	0,01	1,14	7	0	0,08	2,3
Distribuição de Energia Elétrica (Classe 35140)	38	0,19	6,1	1.572	0,28	1,9	41,4
Tratamento e Disposição de Resíduos Perigosos (Classe 38220)	5	0,02	7,31	125	0,02	2,12	25
Demolição e Preparação de Canteiros de Obras (Classe 43118)	3	0,01	0,73	12	0	0,15	4
Representantes Comerciais e Agentes do Comércio de Combustíveis, Minerais, Produtos Siderúrgicos e Químicos (Classe 46125)	2	0,01	0,85	3	0	0,14	1,5
Comércio Atacadista de Mercadorias em Geral, com Predominância de Insumos Agropecuários (Classe 46923)	4	0,02	0,73	166	0,03	1,46	41,5
Transporte Metroferroviário de Passageiros (Classe 49124)	1	0	2,47	41	0,01	0,11	41
Transporte por Navegação Interior de Carga (Classe 50211)	67	0,33	35,85	2.713	0,48	25,94	40,5
Transporte por Navegação Interior de Passageiros em Linhas Regulares (Classe 50220)	32	0,16	29,12	273	0,05	10,56	8,5
Transportes Aquaviários não Especif. Anteriormente (Classe 50998)	2	0,01	2,3	13	0	1,34	6,5
Transporte Aéreo de Passageiros Regular (Classe 51111)	13	0,06	4,9	875	0,15	1,22	67,3
Transporte Aéreo de Passageiros Não-Regular (Classe 51129)	13	0,06	8,94	322	0,06	3,58	24,8
Atividades Auxiliares dos Transportes Aéreos (Classe 52401)	22	0,11	5,51	1.350	0,24	2,55	61,4
Atividades de Correio (Classe 53105)	60	0,3	1,36	1.185	0,21	0,76	19,8
Aluguel de Equipamentos Recreativos e Esportivos (Classe 77217)	4	0,02	0,93	14	0	0,48	3,5
Locação de Mão-De-Obra Temporária (Classe 78205)	56	0,28	3,81	3.875	0,68	1,09	69,2
Ativ. de Org. de Eventos, Exceto Culturais e Esportivos (Classe 82300)	45	0,22	0,97	216	0,04	0,43	4,8

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, a partir da RAIS/TEM de dezembro de 2014.

B5 – Manaus (AM)

Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Manaus (AM), 2014.

CNAE 2.0 Classe - RAIS 2014 - Estabelecimentos	Estabelecimentos			Vínculos			Vínc/ Estab.
	N	%	QL	N	%	QL	
Total da economia	19.203			550.327			28,7
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101)	57	0,3	1,31	8.324	1,51	0,66	146
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216)	1	0,01	0,99	6	0	0,08	6
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86224)	0	0	0	0	0	0	0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86305)	598	3,11	1,1	1.926	0,35	0,6	3,2
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86402)	97	0,51	0,95	1.488	0,27	0,59	15,3
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86500)	114	0,59	1,14	1.755	0,32	2,36	15,4
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86909)	58	0,3	1,26	277	0,05	0,24	4,8
Fabricação de Medicamentos para Uso Humano (Classe 21211)	3	0,02	1,3	425	0,08	0,44	141,7
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 46443)	27	0,14	1,87	1.249	0,23	1,75	46,3
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47733)	52	0,27	2,06	262	0,05	1,06	5
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47717)	409	2,13	1,11	3.621	0,66	0,74	8,9
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47741)	188	0,98	1,82	1.276	0,23	1,66	6,8
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	6.022	31,36	1,14	58.572	10,64	0,82	9,7
Administração Pública em Geral (Classe 84116)	100	0,52	1,33	106.889	19,42	1,19	1.068,90
Produção de Mudas e Outras Formas de Propagação Vegetal, Certificadas (Classe 1423)	1	0,01	0,38	5	0	0,09	5
Pesca em água Doce (Classe 3124)	2	0,01	2,21	7	0	1,23	3,5
Aquicultura em água Doce (Classe 3221)	7	0,04	1,13	21	0	0,27	3
Fabricação de Conservas de Frutas (Classe 10317)	7	0,04	1,47	99	0,02	0,49	14,1
Fabricação de Refrigerantes e de Outras Bebidas Não-Alcoólicas (Classe 11224)	22	0,11	9,09	2.495	0,45	3,6	113,4
Fabricação de Produtos Cerâmicos Refratários (Classe 23419)	1	0,01	0,52	5	0	0,04	5
Metalurgia dos Metais Não-Ferrosos e Suas Ligas não Especificados Anteriormente (Classe 24491)	6	0,03	1,8	178	0,03	1,04	29,7
Fabricação de Aparelhos de Recepção, Reprodução, Gravação e Amplificação de áudio e Vídeo (Classe 26400)	27	0,14	16,38	9.882	1,8	50,83	366
Fabricação de Cronômetros e Relógios (Classe 26523)	9	0,05	48,72	1.866	0,34	58,4	207,3
Fabricação de Aparelhos e Equipamentos de Ar Condicionado (Classe 28241)	6	0,03	10,46	3.236	0,59	40,28	539,3
Construção de Embarcações e Estruturas Flutuantes (Classe 30113)	35	0,18	23,84	1.859	0,34	3,17	53,1
Fabricação de Motocicletas (Classe 30911)	16	0,08	34,64	11.468	2,08	72,74	716,8
Fabricação de Colchões (Classe 31047)	10	0,05	4,29	411	0,07	1,48	41,1
Fabricação de Escovas, Pincéis e Vassouras (Classe 32914)	2	0,01	0,79	2	0	0,02	1
Distribuição de Energia Elétrica (Classe 35140)	28	0,15	4,69	1.478	0,27	1,85	52,8
Tratamento e Disposição de Resíduos Perigosos (Classe 38220)	4	0,02	6,09	58	0,01	1,02	14,5

Demolição e Preparação de Canteiros de Obras (Classe 43118)	2	0,01	0,5	5	0	0,06	2,5
Representantes Comerciais e Agentes do Comércio de Combustíveis, Minerais, Produtos Siderúrgicos e Químicos (Classe 46125)	1	0,01	0,44	1	0	0,05	1
Comércio Atacadista de Mercadorias em Geral, com Predominância de Insumos Agropecuários (Classe 46923)	2	0,01	0,38	114	0,02	1,04	57
Transporte por Navegação Interior de Carga (Classe 50211)	64	0,33	35,68	2.696	0,49	26,74	42,1
Transporte por Navegação Interior de Passageiros em Linhas Regulares (Classe 50220)	28	0,15	26,54	261	0,05	10,47	9,3
Transportes Aquaviários não Especificados Anteriormente (Classe 50998)	1	0,01	1,2	7	0	0,75	7
Transporte Aéreo de Passageiros Regular (Classe 51111)	12	0,06	4,71	875	0,16	1,27	72,9
Transporte Aéreo de Passageiros Não-Regular (Classe 51129)	12	0,06	8,6	296	0,05	3,42	24,7
Atividades Auxiliares dos Transportes Aéreos (Classe 52401)	20	0,1	5,21	1.345	0,24	2,63	67,3
Atividades de Correio (Classe 53105)	44	0,23	1,04	1.134	0,21	0,76	25,8
Aluguel de Equipamentos Recreativos e Esportivos (Classe 77217)	3	0,02	0,73	13	0	0,46	4,3
Locação de Mão-De-Obra Temporária (Classe 78205)	55	0,29	3,9	3.683	0,67	1,08	67
Atividades de Organização de Eventos, Exceto Culturais e Esportivos (Classe 82300)	44	0,23	0,99	207	0,04	0,43	4,7

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, a partir da RAIS/TEM de dezembro de 2014.

B6 – Baixada Cuiabana (MT)

Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Região de saúde do Baixada Cuiabana, 2014.

Classe de atividade econômica (CNAE 2.0)	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc./ Estab.
	N	%	QL	N	%	QL	
Total da economia	22.998			308.749			13,4
Atividades de Atendimento Hospitalar	70	0,30	1,35	5.258	1,70	0,74	75,1
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	1	0,00	0,83	41	0,01	1,00	41,0
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos	707	3,07	1,08	1.623	0,53	0,91	2,3
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica	150	0,65	1,22	1.996	0,65	1,42	13,3
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos	104	0,45	0,87	302	0,10	0,72	2,9
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde	3	0,01	0,50	5	0,00	0,02	1,7
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente	73	0,32	1,32	673	0,22	1,06	9,2
Fabricação de Preparações Farmacêuticas	1	0,00	3,99	5	0,00	0,60	5,0
Fabricação de Instrumentos e Materiais para Uso Médico e Odontológico e de Artigos ópticos	14	0,06	0,60	130	0,04	0,35	9,3
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário	34	0,15	1,96	483	0,16	1,20	14,2
Comércio Atacadista de Instrumentos e Materiais para Uso Médico, Cirúrgico, Ortopédico e Odontológico	44	0,19	1,64	256	0,08	1,00	5,8
Comércio Atacadista de Máquinas, Aparelhos e Equipamentos para Uso Odonto-Médico-Hospitalar	3	0,01	0,51	14	0,00	0,21	4,7
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário	427	1,86	0,97	2.747	0,89	1,00	6,4
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos	36	0,16	1,19	157	0,05	1,13	4,4
Comércio Varejista de Artigos de óptica	152	0,66	1,23	475	0,15	1,10	3,1
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	5.663	24,6	NA	40.158	13,0	NA	7,1
Administração Pública em Geral	75	0,33	0,84	61.315	19,86	1,22	817,5
Cultivo de Soja	68	0,30	0,47	880	0,29	1,20	12,9
Horticultura	16	0,07	0,50	203	0,07	1,19	12,7
Produção de Sementes Certificadas	8	0,03	1,86	10	0,00	0,17	1,3
Criação de Caprinos e Ovinos	9	0,04	1,65	13	0,00	1,10	1,4
Criação de Animais não Especificados Anteriormente	19	0,08	1,60	66	0,02	1,83	3,5
Atividades de Pós-Colheita	2	0,01	0,62	8	0,00	0,21	4,0
Atividades de Apoio à Produção Florestal	9	0,04	1,05	87	0,03	0,36	9,7
Pesca em água Doce	3	0,01	2,77	6	0,00	1,88	2,0
Aquicultura em água Doce	22	0,10	2,97	146	0,05	3,31	6,6
Extração de Minério de Metais Preciosos	41	0,18	35,57	895	0,29	10,84	21,8
Extração de Pedra, Areia e Argila	39	0,17	1,07	393	0,13	0,86	10,1
Extração de Gemas (Pedras Preciosas e Semipreciosas)	3	0,01	5,79	18	0,01	2,46	6,0
Abate de Reses, Exceto Suínos	9	0,04	1,09	4.424	1,43	5,43	491,6

Fabricação de Conservas de Legumes e Outros Vegetais	3	0,01	0,89	19	0,01	0,27	6,3
Fabricação de Sucos de Frutas, Hortaliças e Legumes	4	0,02	1,05	13	0,00	0,11	3,3
Fabricação de Açúcar em Bruto	1	0,00	0,51	18	0,01	0,01	18,0
Fabricação de águas Envasadas	9	0,04	2,29	284	0,09	2,48	31,6
Fabricação de Refrigerantes e de Outras Bebidas Não Alcoólicas	5	0,02	1,72	1.219	0,39	3,13	243,8
Curtimento e Outras Preparações de Couro	7	0,03	1,89	601	0,19	2,63	85,9
Reprodução de Materiais Gravados em Qualquer Suporte	5	0,02	4,40	477	0,15	24,17	95,4
Fabricação de álcool	1	0,00	0,69	19	0,01	0,03	19,0
Fabricação de Biocombustíveis, Exceto álcool	5	0,02	11,01	20	0,01	1,27	4,0
Fabricação de Produtos Químicos Orgânicos não Especificados Anteriormente	1	0,00	0,54	116	0,04	1,47	116,0
Fabricação de Embalagens de Vidro	1	0,00	5,54	8	0,00	0,15	8,0
Produção de Laminados Planos de Aço	4	0,02	5,20	328	0,11	1,49	82,0
Metalurgia dos Metais Preciosos	1	0,00	2,82	7	0,00	1,19	7,0
Fabricação de Outras Máquinas e Equipamentos para Uso na Extração Mineral, Exceto na Extração de Petróleo	5	0,02	5,37	43	0,01	1,46	8,6
Fabricação de Colchões	7	0,03	2,51	419	0,14	2,69	59,9
Instalação de Máquinas e Equipamentos Industriais	13	0,06	0,95	108	0,03	0,65	8,3
Geração de Energia Elétrica	23	0,10	3,94	147	0,05	0,70	6,4
Transmissão de Energia Elétrica	11	0,05	3,70	200	0,06	2,20	18,2
Captação, Tratamento e Distribuição de água	13	0,06	0,93	1.117	0,36	1,36	85,9
Coleta de Resíduos Perigosos	2	0,01	1,35	29	0,01	0,81	14,5
Construção de Obras de Arte Especiais	10	0,04	2,10	1.392	0,45	2,96	139,2
Representantes Comerciais e Agentes do Comércio de Matérias-Primas Agrícolas e Animais Vivos	5	0,02	1,16	11	0,00	0,49	2,2
Comércio Atacadista de Máquinas, Equipamentos para Terraplenagem, Mineração e Construção	25	0,11	6,30	345	0,11	4,92	13,8
Transporte Ferroviário de Carga	2	0,01	3,54	514	0,17	2,40	257,0
Transporte Aéreo de Passageiros Não-Regular	7	0,03	4,19	48	0,02	0,99	6,9
Concessionárias de Rodovias, Pontes, Túneis e Serviços Relacionados	1	0,00	1,29	379	0,12	2,43	379,0
Serviços de Reservas e Outros Serviços de Turismo não Especificados Anteriormente	9	0,04	1,96	15	0,00	0,46	1,7
Atividades de Transporte de Valores	3	0,01	1,77	975	0,32	1,84	325,0
Limpeza em Prédios e em Domicílios	71	0,31	1,76	4.974	1,61	1,13	70,1
Defesa	2	0,01	0,76	191	0,06	0,09	95,5
Justiça	9	0,04	4,26	4.160	1,35	2,51	462,2
Segurança e Ordem Pública	8	0,03	10,57	12.610	4,08	5,00	1.576,3
Defesa Civil	2	0,01	31,23	4	0,00	0,03	2,0
Educação Superior - Graduação	12	0,05	1,27	3.679	1,19	2,04	306,6
Educação Superior - Graduação e Pós-Graduação	12	0,05	1,22	3.391	1,10	1,33	282,6
Atividades de Assistência Psicossocial e à Saúde a Portadores de Distúrbios Psíquicos, Deficiência Mental e Dependência Química	9	0,04	1,58	21	0,01	0,23	2,3
Serviços Domésticos	86	0,37	4,49	115	0,04	3,59	1,3

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, a partir da RAIS/MTE.

B7 – Cuiabá (MT)

Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Cuiabá, MT, 2014.

Classe de atividade econômica (CNAE 2.0)	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc./ Estab.
	N	%	QL	N	%	QL	
Total da economia	16.596			248.236			15,0
Atividades de Atendimento Hospitalar	62	0,37	1,65	4.574	1,84	8,15	73,8
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Ser. de Remoção de Pacientes, Exc. os Serv. Móveis de Atend. a Urgências	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos	629	3,79	1,33	1.476	0,59	0,21	2,3
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica	133	0,80	1,50	1.778	0,72	1,34	13,4
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos	98	0,59	1,14	291	0,12	0,23	3,0
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde	3	0,02	0,70	5	0,00	0,08	1,7
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente	69	0,42	1,73	654	0,26	1,10	9,5
Fabricação de Preparações Farmacêuticas	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Fab. de Instr. e Materiais para Uso Médico e Odonto. e de Artigos ópticos	13	0,08	0,77	128	0,05	0,50	9,8
Comércio Atacadista de Produtos Farmac. para Uso Humano e Veterinário	22	0,13	1,76	297	0,12	1,59	13,5
Com. Atac. de Instr. e Materiais para Uso Médico, Cirúr., Ortop. e Odont.	43	0,26	2,22	252	0,10	0,87	5,9
Comércio Atacadista de Máquinas, Aparelhos e Equipamentos para Uso Odonto-Médico-Hospitalar	3	0,02	0,71	14	0,01	0,22	4,7
Comércio Varejista de Produtos Farmac. para Uso Humano e Veterinário	285	1,72	0,89	2.157	0,87	0,45	7,6
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos	35	0,21	1,60	156	0,06	0,48	4,5
Comércio Varejista de Artigos de óptica	133	0,80	1,49	428	0,17	0,32	3,2
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	4.039	24,3	NA	30.899	12,4	NA	7,7
Administração Pública em Geral	56	0,34	0,86	53.807	21,68	55,52	960,8
Cultivo de Soja	12	0,07	0,12	371	0,15	0,24	30,9
Horticultura	4	0,02	0,17	17	0,01	0,05	4,3
Produção de Sementes Certificadas	6	0,04	1,94	9	0,00	0,19	1,5
Criação de Caprinos e Ovinos	4	0,02	1,02	7	0,00	0,12	1,8
Criação de Animais não Especificados Anteriormente	10	0,06	1,16	11	0,00	0,09	1,1
Atividades de Pós-Colheita	1	0,01	0,43	5	0,00	0,14	5,0
Atividades de Apoio à Produção Florestal	6	0,04	0,97	18	0,01	0,20	3,0
Aquicultura em água Doce	8	0,05	1,50	16	0,01	0,20	2,0
Extração de Minério de Metais Preciosos	21	0,13	25,24	503	0,20	40,42	24,0
Extração de Pedra, Areia e Argila	20	0,12	0,76	223	0,09	0,57	11,2
Extração de Gemas (Pedras Preciosas e Semipreciosas)	2	0,01	5,35	0	0,00	0,00	0,0
Abate de Reses, Exceto Suínos	3	0,02	0,50	622	0,25	6,97	207,3
Fabricação de águas Envasadas	2	0,01	0,71	37	0,01	0,87	18,5
Fabricação de Refrigerantes e de Outras Bebidas Não Alcoólicas	2	0,01	0,96	10	0,00	0,32	5,0
Curtimento e Outras Preparações de Couro	2	0,01	0,75	179	0,07	4,49	89,5
Reprodução de Materiais Gravados em Qualquer Suporte	5	0,03	6,10	477	0,19	38,92	95,4
Fabricação de Biocombustíveis, Exceto álcool	3	0,02	9,15	6	0,00	1,22	2,0
Produção de Laminados Planos de Aço	3	0,02	5,41	316	0,13	38,09	105,3
Fabricação de Colchões	3	0,02	1,49	148	0,06	4,92	49,3

Instalação de Máquinas e Equipamentos Industriais	7	0,04	0,71	19	0,01	0,13	2,7
Geração de Energia Elétrica	19	0,11	4,51	123	0,05	1,95	6,5
Transmissão de Energia Elétrica	9	0,05	4,20	192	0,08	5,99	21,3
Captação, Tratamento e Distribuição de água	7	0,04	0,69	777	0,31	5,15	111,0
Coleta de Resíduos Perigosos	1	0,01	0,93	10	0,00	0,62	10,0
Construção de Obras de Arte Especiais	7	0,04	2,04	1.389	0,56	27,02	198,4
Rep. Com. e Agentes do Com. de Matérias-Primas Agrícolas e Animais Vivos	2	0,01	0,64	9	0,00	0,19	4,5
Com. Atac. de Máq., Equip. para Terraplenagem, Mineração e Construção	17	0,10	5,93	252	0,10	5,88	14,8
Transporte Ferroviário de Carga	2	0,01	4,91	514	0,21	84,32	257,0
Concessionárias de Rodovias, Pontes, Túneis e Serviços Relacionados	1	0,01	1,79	379	0,15	45,34	379,0
Serv. de Reservas e Outros Serv. de Turismo não Espec. Anteriormente	7	0,04	2,11	13	0,01	0,26	1,9
Atividades de Transporte de Valores	3	0,02	2,45	975	0,39	53,31	325,0
Limpeza em Prédios e em Domicílios	60	0,36	2,06	4.730	1,91	10,85	78,8
Defesa	1	0,01	0,53	0	0,00	0,00	0,0
Justiça	5	0,03	3,28	3.838	1,55	168,24	767,6
Segurança e Ordem Pública	8	0,05	14,65	12.610	5,08	1543,48	1.576,3
Defesa Civil	2	0,01	43,27	4	0,00	5,79	2,0
Educação Superior - Graduação	12	0,07	1,76	3.679	1,48	36,16	306,6
Educação Superior - Graduação e Pós-Graduação	8	0,05	1,13	2.106	0,85	19,86	263,3
Atividades de Assistência Psicossocial e à Saúde a Portadores de Distúrbios Psíquicos, Deficiência Mental e Dependência Química	5	0,03	1,22	11	0,00	0,18	2,2
Serviços Domésticos	62	0,37	4,49	90	0,04	0,44	1,5

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/TEM

B8 – Várzea Grande (MT)

Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Várzea Grande, MT, 2014.

Classe de atividade econômica (CNAE 2.0)	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc./ Estab.
	N	%	QL	N	%	QL	
Total da economia	4.442			48.356			10,9
Atividades de Atendimento Hospitalar	7	0,16	0,70	684	1,41	6,25	97,7
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	1	0,02	4,28	41	0,08	16,10	41,0
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Ativ. de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos	70	1,58	0,55	136	0,28	0,10	1,9
Ativ. de Serviços de Complementação Diagn. e Terapêutica	13	0,29	0,55	200	0,41	0,77	15,4
Ativ. de Prof. da área de Saúde, Exceto Médicos e Odont.	5	0,11	0,22	9	0,02	0,04	1,8
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente	4	0,09	0,38	19	0,04	0,16	4,8
Fabricação de Preparações Farmacêuticas	1	0,02	20,68	5	0,01	9,50	5,0
Fabricação de Instrumentos e Materiais para Uso Médico e Odontológico e de Artigos ópticos	1	0,02	0,22	2	0,00	0,04	2,0
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário	12	0,27	3,58	186	0,38	5,10	15,5
Comércio Atacadista de Instrumentos e Materiais para Uso Médico, Cirúrgico, Ortopédico e Odontológico	1	0,02	0,19	4	0,01	0,07	4,0
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário	110	2,48	1,29	499	1,03	0,54	4,5
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos	1	0,02	0,17	1	0,00	0,02	1,0
Comércio Varejista de Artigos de óptica	16	0,36	0,67	41	0,08	0,16	2,6
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	1.241	27,9	NA	7.967	16,5	NA	6,4
Administração Pública em Geral	3	0,07	0,17	4.464	9,23	23,65	1.488,0
Horticultura	5	0,11	0,80	19	0,04	0,28	3,8
Criação de Caprinos e Ovinos	1	0,02	0,95	1	0,00	0,09	1,0
Criação de Animais não Especificados Anteriormente	2	0,05	0,87	13	0,03	0,52	6,5
Atividades de Apoio à Produção Florestal	1	0,02	0,61	7	0,01	0,39	7,0
Aquicultura em água Doce	3	0,07	2,10	13	0,03	0,84	4,3
Extração de Minério de Metais Preciosos	3	0,07	13,47	18	0,04	7,43	6,0
Extração de Pedra, Areia e Argila	10	0,23	1,42	85	0,18	1,11	8,5
Abate de Reses, Exceto Suínos	5	0,11	3,13	3.736	7,73	214,91	747,2
Fabricação de Conservas de Legumes e Outros Vegetais	2	0,05	3,07	16	0,03	2,25	8,0
Fabricação de Sucos de Frutas, Hortaliças e Legumes	2	0,05	2,71	6	0,01	0,75	3,0
Fabricação de águas Envasadas	2	0,05	2,64	71	0,15	8,60	35,5
Fab. de Refrigerantes e de Outras Bebidas Não Alcoólicas	3	0,07	5,36	1.209	2,50	198,31	403,0
Curtimento e Outras Preparações de Couro	4	0,09	5,60	29	0,06	3,73	7,3
Fabricação de Biocombustíveis, Exceto álcool	1	0,02	11,40	13	0,03	13,61	13,0
Fabricação de Embalagens de Vidro	1	0,02	28,68	8	0,02	21,08	8,0
Produção de Laminados Planos de Aço	1	0,02	6,74	12	0,02	7,43	12,0
Fabricação de Outras Máquinas e Equipamentos para Uso na Extração Mineral, Exceto na Extração de Petróleo	5	0,11	27,79	43	0,09	21,95	8,6
Fabricação de Colchões	4	0,09	7,43	271	0,56	46,21	67,8
Instalação de Máquinas e Equipamentos Industriais	5	0,11	1,90	19	0,04	0,66	3,8
Captação, Tratamento e Distribuição de água	3	0,07	1,11	313	0,65	10,66	104,3
Construção de Obras de Arte Especiais	2	0,05	2,17	1	0,00	0,10	0,5

Representantes Comerciais e Agentes do Comércio de Matérias-Primas Agrícolas e Animais Vivos	2	0,05	2,40	2	0,00	0,22	1,0
Comércio Atacadista de Máquinas, Equipamentos para Terraplenagem, Mineração e Construção	6	0,14	7,82	72	0,15	8,62	12,0
Transporte Aéreo de Passageiros Não-Regular	7	0,16	21,69	48	0,10	13,66	6,9
Limpeza em Prédios e em Domicílios	8	0,18	1,03	43	0,09	0,51	5,4
Defesa	1	0,02	1,97	191	0,39	34,52	191,0
Justiça	1	0,02	2,45	253	0,52	56,93	253,0
Educação Superior - Graduação e Pós-Graduação	4	0,09	2,11	1.285	2,66	62,22	321,3
Serviços Domésticos	10	0,23	2,70	9	0,02	0,22	0,9

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, a partir da RAIS/MTE.

B9 – Região de Costa Doce (RS)

Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Região de saúde 09 - Costa Doce, Rio Grande do Sul, 2014.

Classe de atividade econômica (CNAE)	Estab	QL	%	Vinc.	QL	%	Vinc./estab
Total da economia	6.960			79.322			11,4
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101)	8	0,51	0,11	497	2,77	0,63	62,1
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216)	0	0	0	0	0	0	0
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86224)	0	0	0	0	0	0	0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86305)	140	0,71	2,01	259	0,11	0,33	1,9
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86402)	59	1,59	0,85	236	0,56	0,3	4
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86500)	25	0,69	0,36	97	0,24	0,12	3,9
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde (Classe 86607)	4	2,22	0,06	431	20,96	0,54	107,8
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86909)	5	0,3	0,07	10	0,05	0,01	2
Fabricação de Medicamentos para Uso Humano (Classe 21211)	2	2,39	0,03	636	66,82	0,8	318
Fabricação de Preparações Farmacêuticas (Classe 21238)	0	0	0	0	0	0	0
Fabricação de Instrumentos e Materiais para Uso Médico e Odontológico e de Artigos ópticos (Classe 32507)	0	0	0	0	0	0	0
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 46443)	5	0,95	0,07	739	12,36	0,93	147,8
Comércio Atacadista de Instrumentos e Materiais para Uso Médico, Cirúrgico, Ortopédico e Odontológico (Classe 46451)	3	0,37	0,04	8	0,09	0,01	2,7
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47717)	186	1,39	2,67	1452	0,95	1,83	7,8
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47733)	6	0,66	0,09	9	0,09	0,01	1,5
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47741)	31	0,83	0,45	76	0,18	0,1	2,5
Administração Pública em Geral (Classe 84116)	43	1,58	0,62	11576	37,38	14,59	269,2
Comercio varejista	2.019			11.134			5,5
Cultivo de Cereais (Classe 1113)	350	10,03	5,03	1239	3,11	1,56	3,5
Cultivo de Fumo (Classe 1148)	4	12,34	0,06	3	0,81	0	0,8
Criação de Outros Animais de Grande Porte (Classe 1521)	16	4,08	0,23	35	0,78	0,04	2,2
Criação de Caprinos e Ovinos (Classe 1539)	6	3,63	0,09	5	0,27	0,01	0,8
Atividades de Apoio à Pecuária (Classe 1628)	35	2,22	0,5	99	0,55	0,12	2,8
Produção Florestal - Florestas Plantadas (Classe 2101)	75	6,6	1,08	704	5,43	0,89	9,4
Atividades de Apoio à Produção Florestal (Classe 2306)	31	11,98	0,45	1158	39,28	1,46	37,4
Aquicultura em água Salgada e Salobra (Classe 3213)	1	1,21	0,01	2	0,21	0	2
Extração de Carvão Mineral (Classe 5003)	3	16,53	0,04	373	180,33	0,47	124,3
Atividades de Apoio à Extração de Minerais, Exceto Petróleo e Gás Natural (Classe 9904)	1	2	0,01	3	0,53	0	3
Abate de Reses, Exceto Suínos (Classe 10112)	6	2,4	0,09	69	2,42	0,09	11,5
Abate de Suínos, Aves e Outros Pequenos Animais (Classe 10121)	2	0,94	0,03	213	8,82	0,27	106,5
Fabricação de Produtos de Carne (Classe 10139)	2	0,72	0,03	6	0,19	0,01	3
Fabricação de óleos Vegetais em Bruto, Exceto óleo de Milho (Classe 10414)	4	6,45	0,06	396	56,02	0,5	99
Fabricação de óleos Vegetais Refinados, Exceto óleo de Milho (Classe 10422)	1	6,92	0,01	305	185,22	0,38	305
Beneficiamento de Arroz e Fabricação de Produtos do Arroz (Classe 10619)	34	21,44	0,49	1227	67,89	1,55	36,1
Moagem de Trigo e Fabricação de Derivados (Classe 10627)	2	2,67	0,03	94	11,01	0,12	47
Fabricação de Vinho (Classe 11127)	1	1,63	0,01	18	2,58	0,02	18

Fabricação de águas Envasadas (Classe 11216)	1	0,84	0,01	11	0,81	0,01	11
Processamento Industrial do Fumo (Classe 12107)	4	58,21	0,06	19	24,26	0,02	4,8
Fabricação de Produtos do Fumo (Classe 12204)	3	9,01	0,04	11	2,9	0,01	3,7
Preparação e Fiação de Fibras Têxteis Naturais, Exceto Algodão (Classe 13120)	2	6,27	0,03	11	3,03	0,01	5,5
Fiação de Fibras Artificiais e Sintéticas (Classe 13138)	1	4,24	0,01	2	0,74	0	2
Fabricação de Artefatos Têxteis para Uso Doméstico (Classe 13511)	1	0,19	0,01	0	0	0	0
Fabricação de Calçados de Material Sintético (Classe 15335)	1	0,83	0,01	108	7,83	0,14	108
Desdobramento de Madeira (Classe 16102)	80	6,48	1,15	482	3,43	0,61	6
Fabricação de Celulose e Outras Pastas para a Fabricação de Papel (Classe 17109)	1	6,84	0,01	698	418,77	0,88	698
Fabricação de Papel (Classe 17214)	1	2,09	0,01	159	29,22	0,2	159
Fabricação de Produtos de Papel para Usos Doméstico e Higiênico-Sanitário (Classe 17427)	5	6,65	0,07	415	48,4	0,52	83
Fabricação de Gases Industriais (Classe 20142)	2	5,16	0,03	99	22,41	0,12	49,5
Fabricação de Intermediários para Plastificantes, Resinas e Fibras (Classe 20223)	1	10,13	0,01	2	1,78	0	2
Fabricação de Produtos Químicos Orgânicos não Especificados Anteriormente (Classe 20291)	2	3,57	0,03	5	0,78	0,01	2,5
Fabricação de Fibras Artificiais e Sintéticas (Classe 20401)	1	7,01	0,01	101	62,09	0,13	101
Fabricação de Pneumáticos e de Câmaras-De-Ar (Classe 22111)	1	6,92	0,01	68	41,29	0,09	68
Reforma de Pneumáticos Usados (Classe 22129)	4	1,9	0,06	15	0,62	0,02	3,8
Fabricação de Produtos Cerâmicos Refratários (Classe 23419)	1	1,42	0,01	1	0,12	0	1
Fabricação de Produtos Cerâmicos Não-Refratários para Uso Estrutural na Construção (Classe 23427)	16	1,46	0,23	181	1,45	0,23	11,3
Produção de Laminados Longos de Aço (Classe 24237)	1	4,89	0,01	1102	473,07	1,39	1.102,00
Produção de Relaminados, Trefilados e Perfilados de Aço (Classe 24245)	1	1,63	0,01	13	1,86	0,02	13
Fundição de Ferro e Aço (Classe 24512)	5	2,72	0,07	47	2,24	0,06	9,4
Fabricação de Caldeiras Geradoras de Vapor, Exceto para Aquecimento Central e para Veículos (Classe 25225)	1	6,31	0,01	1	0,55	0	1
Fabricação de Artigos de Cutelaria (Classe 25411)	1	2,73	0,01	7	1,68	0,01	7
Fabricação de Artigos de Metal para Uso Doméstico e Pessoal (Classe 25934)	8	2,53	0,11	23	0,64	0,03	2,9
Fabricação de Aparelhos Telefônicos e de Outros Equipamentos de Comunicação (Classe 26329)	1	4,24	0,01	725	269,42	0,91	725
Fabricação de Máquinas, Equipamentos e Aparelhos para Transporte e Elevação de Cargas e Pessoas (Classe 28224)	7	5,71	0,1	949	67,9	1,2	135,6
Fabricação de Máquinas e Equipamentos para a Agricultura e Pecuária, Exceto para Irrigação (Classe 28330)	20	6,81	0,29	448	13,38	0,56	22,4
Fabricação de Máquinas-Ferramenta (Classe 28402)	2	0,91	0,03	8	0,32	0,01	4
Fabricação de Máquinas e Equipamentos para a Prospeção e Extração de Petróleo (Classe 28518)	1	9,78	0,01	32	27,47	0,04	32
Fabricação de Caminhões e ônibus (Classe 29204)	1	12,61	0,01	2	2,21	0	2
Fabricação de Peças e Acessórios para Os Sistemas de Marcha e Transmissão de Veículos Automotores (Classe 29425)	1	5,07	0,01	375	166,73	0,47	375
Fabricação de Peças e Acessórios para Veículos Automotores não Especificados Anteriormente (Classe 29492)	7	1,98	0,1	166	4,12	0,21	23,7
Geração de Energia Elétrica (Classe 35115)	3	1,7	0,04	97	4,82	0,12	32,3
Distribuição de Energia Elétrica (Classe 35140)	10	4,62	0,14	183	7,41	0,23	18,3
Produção e Distribuição de Vapor, água Quente e Ar Condicionado (Classe 35301)	1	15,34	0,01	9	12,11	0,01	9
Captação, Tratamento e Distribuição de água (Classe 36006)	19	4,49	0,27	251	5,21	0,32	13,2
Coleta de Resíduos Perigosos (Classe 38122)	2	4,45	0,03	13	2,54	0,02	6,5
Tratamento e Disposição de Resíduos Não-Perigosos (Classe 38211)	1	3,12	0,01	43	11,77	0,05	43
Recuperação de Materiais Metálicos (Classe 38319)	2	1,24	0,03	145	7,87	0,18	72,5
Construção de Rodovias e Ferrovias (Classe 42111)	9	1	0,13	600	5,85	0,76	66,7
Obras para Geração e Distribuição de Energia Elétrica e para Telecomunicações (Classe 42219)	10	2,05	0,14	525	9,46	0,66	52,5

Montagem de Instalações Industriais e de Estruturas Metálicas (Classe 42928)	9	1,28	0,13	3131	39,14	3,95	347,9
Serviços de Preparação do Terreno não Especificados Anteriormente (Classe 43193)	2	2,92	0,03	6	0,77	0,01	3
Representantes Comerciais e Agentes do Comércio de Combustíveis, Minerais, Produtos Siderúrgicos e Químicos (Classe 46125)	1	1,22	0,01	0	0	0	0
Comércio Atacadista de Produtos do Fumo (Classe 46362)	1	1,76	0,01	0	0	0	0
Transporte Rodoviário de Táxi (Classe 49230)	3	0,42	0,04	209	2,58	0,26	69,7
Transporte Escolar (Classe 49248)	37	4	0,53	54	0,51	0,07	1,5
Transporte Marítimo de Longo Curso (Classe 50122)	1	10,32	0,01	1	0,91	0	1
Transporte por Navegação Interior de Carga (Classe 50211)	7	10,77	0,1	20	2,7	0,03	2,9
Transporte por Navegação de Travessia (Classe 50912)	1	3,17	0,01	3	0,83	0	3
Concessionárias de Rodovias, Pontes, Túneis e Serviços Relacionados (Classe 52214)	1	4,27	0,01	48	17,97	0,06	48
Atividades de Vigilância e Segurança Privada (Classe 80111)	19	2,89	0,27	5227	69,78	6,59	275,1
Segurança e Ordem Pública (Classe 84248)	1	4,37	0,01	1	0,38	0	1
Educação Superior - Graduação (Classe 85317)	3	1,05	0,04	244	7,5	0,31	81,3
Atividades de Museus e de Exploração, Restauração Artística e Conservação de Lugares e Prédios Históricos e Atrações Similares (Classe 91023)	1	3,48	0,01	1	0,31	0	1
Atividades de Recreação e Lazer não Especificadas Anteriormente (Classe 93298)	11	1,22	0,16	31	0,3	0,04	2,8
Serviços Domésticos (Classe 97005)	10	1,73	0,14	17	0,26	0,02	1,7

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, a partir da RAIS/MTE.

B10 – Guaíba (RS)

Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Guaíba, Rio Grande do Sul, 2014.

Classe CNAE	Estab	QL	%	Vinc.	QL	%	Vinc./estab
Total da economia	1.399			22.009			15,7
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101)	1	0,32	0,07	9	0,18	0,04	9,0
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86224)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86305)	42	1,06	3,00	103	0,16	0,47	2,5
Ativ. de Serv. de Complementação Diag. e Terap. (Classe 86402)	11	1,47	0,79	77	0,66	0,35	7,0
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86500)	8	1,10	0,57	80	0,70	0,36	10,0
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde (Classe 86607)	1	2,76	0,07	19	3,33	0,09	19,0
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86909)	1	0,30	0,07	2	0,04	0,01	2,0
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 46443)	1	0,95	0,07	2	0,12	0,01	2,0
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47717)	37	1,38	2,64	263	0,62	1,19	7,1
Com. Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47733)	1	0,54	0,07	4	0,14	0,02	4,0
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47741)	7	0,93	0,50	23	0,19	0,10	3,3
Administração Pública em Geral (Classe 84116)	3	0,55	0,21	1847	21,50	8,39	615,7
Comércio varejista - Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741	400		28,59	2.662		12,10	6,7
Cultivo de Cereais (Classe 1113)	16	2,28	1,14	41	0,37	0,19	2,6
Criação de Outros Animais de Grande Porte (Classe 1521)	2	2,54	0,14	5	0,40	0,02	2,5
Criação de Caprinos e Ovinos (Classe 1539)	1	3,01	0,07	0	0,00	0,00	0,0
Atividades de Apoio à Pecuária (Classe 1628)	4	1,26	0,29	9	0,18	0,04	2,3
Produção Florestal - Florestas Plantadas (Classe 2101)	3	1,31	0,21	15	0,42	0,07	5,0
Atividades de Apoio à Produção Florestal (Classe 2306)	4	7,69	0,29	383	46,82	1,74	95,8
Fabricação de óleos Vegetais em Bruto, Exceto óleo de Milho (Classe 10414)	1	8,02	0,07	81	41,30	0,37	81,0
Benefic. de Arroz e Fab. de Produtos do Arroz (Classe 10619)	1	3,14	0,07	3	0,60	0,01	3,0
Preparação e Fiação de Fibras Têxteis Naturais, Exceto Algodão (Classe 13120)	1	15,60	0,07	11	10,91	0,05	11,0
Desdobramento de Madeira (Classe 16102)	2	0,81	0,14	28	0,72	0,13	14,0
Fabricação de Celulose e Outras Pastas para a Fabricação de Papel (Classe 17109)	1	34,02	0,07	698	1.509,29	3,17	698,0
Fabricação de Papel (Classe 17214)	1	10,42	0,07	159	105,30	0,72	159,0
Fabricação de Produtos de Papel para Usos Doméstico e Higiênico-Sanitário (Classe 17427)	1	6,61	0,07	42	17,65	0,19	42,0
Fabricação de Gases Industriais (Classe 20142)	1	12,83	0,07	43	35,08	0,20	43,0
Fabricação de Fibras Artificiais e Sintéticas (Classe 20401)	1	34,86	0,07	101	223,78	0,46	101,0
Fab. de Artigos de Metal para Uso Dom. e Pessoal (Classe 25934)	2	3,14	0,14	2	0,20	0,01	1,0
Fabricação de Máquinas, Equipamentos e Aparelhos para Transporte e Elevação de Cargas e Pessoas (Classe 28224)	6	24,34	0,43	947	244,19	4,30	157,8
Fabricação de Máquinas e Equipamentos para a Agricultura e Pecuária, Exceto para Irrigação (Classe 28330)	1	1,69	0,07	2	0,22	0,01	2,0
Fabricação de Máquinas-Ferramenta (Classe 28402)	1	2,26	0,07	7	1,01	0,03	7,0
Fabricação de Peças e Acessórios para Veículos Automotores não	1	1,41	0,07	16	1,43	0,07	16,0

Especificados Anteriormente (Classe 29492)							
Distribuição de Energia Elétrica (Classe 35140)	1	2,30	0,07	41	5,99	0,19	41,0
Prod. e Distrib. de Vapor, água Quente e Ar Cond. (Classe 35301)	1	76,31	0,07	9	43,66	0,04	9,0
Captação, Tratamento e Distribuição de água (Classe 36006)	1	1,18	0,07	70	5,24	0,32	70,0
Coleta de Resíduos Perigosos (Classe 38122)	1	11,07	0,07	9	6,33	0,04	9,0
Construção de Rodovias e Ferrovias (Classe 42111)	2	1,11	0,14	250	8,79	1,14	125,0
Obras para Geração e Distribuição de Energia Elétrica e para Telecomunicações (Classe 42219)	2	2,04	0,14	9	0,58	0,04	4,5
Montagem de Instalações Industriais e de Estruturas Metálicas (Classe 42928)	6	4,25	0,43	3110	140,13	14,13	518,3
Transporte Escolar (Classe 49248)	5	2,69	0,36	10	0,34	0,05	2,0
Atividades de Vigilância e Segurança Privada (Classe 80111)	2	1,51	0,14	18	0,87	0,08	9,0
Educação Superior - Graduação (Classe 85317)	1	1,74	0,07	93	10,31	0,42	93,0
Ativ. de Recreação e Lazer não Especif. Anterior. (Classe 93298)	2	1,10	0,14	4	0,14	0,02	2,0
Serviços Domésticos (Classe 97005)	1	0,86	0,07	2	0,11	0,01	2,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir da RAIS/MTE.

B11 – Camaquã (RS)

Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Camaquã, Rio Grande do Sul, 2014.

Classe CNAE	Estab	QL	%	Vinc.	QL	%	Vinc./estab
Total da economia	1.616			12.807			7,9
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101)	3	0,82	0,19	21	0,73	0,16	7
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216)	0	0	0	0	0	0	0
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86224)	0	0	0	0	0	0	0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86305)	41	0,89	2,54	61	0,17	0,48	1,5
Ativ. de Serv. de Complementação Diag. e Terap. (Classe 86402)	15	1,74	0,93	47	0,69	0,37	3,1
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86500)	6	0,72	0,37	5	0,08	0,04	0,8
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde (Classe 86607)	1	2,39	0,06	359	108,13	2,8	359
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86909)	3	0,77	0,19	4	0,13	0,03	1,3
Fabricação de Medicamentos para Uso Humano (Classe 21211)	1	5,16	0,06	10	6,51	0,08	10
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 46443)	1	0,82	0,06	1	0,1	0,01	1
Comércio Atacadista de Instrumentos e Materiais para Uso Médico, Cirúrgico, Ortopédico e Odontológico (Classe 46451)	1	0,53	0,06	0	0	0	0
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47717)	40	1,29	2,48	253	1,03	1,98	6,3
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47733)	3	1,41	0,19	4	0,24	0,03	1,3
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47741)	9	1,03	0,56	21	0,3	0,16	2,3
Administração Pública em Geral (Classe 84116)	3	0,48	0,19	1760	35,2	13,74	586,7
Comercio varejista - Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741	444		27	2.883		22,5	6,5
Cultivo de Cereais (Classe 1113)	145	17,89	8,97	601	9,36	4,69	4,1
Cultivo de Fumo (Classe 1148)	3	39,85	0,19	3	5,03	0,02	1
Criação de Outros Animais de Grande Porte (Classe 1521)	6	6,59	0,37	13	1,8	0,1	2,2

Atividades de Apoio à Pecuária (Classe 1628)	4	1,09	0,25	22	0,76	0,17	5,5
Produção Florestal - Florestas Plantadas (Classe 2101)	9	3,41	0,56	23	1,1	0,18	2,6
Abate de Reses, Exceto Suínos (Classe 10112)	1	1,72	0,06	1	0,22	0,01	1
Abate de Suínos, Aves e Outros Pequenos Animais (Classe 10121)	1	2,03	0,06	2	0,51	0,02	2
Fab. de óleos Vegetais em Bruto, Exceto óleo de Milho (Classe 10414)	2	13,89	0,12	314	275,13	2,45	157
Beneficiamento de Arroz e Fab. de Produtos do Arroz (Classe 10619)	8	21,73	0,5	744	254,96	5,81	93
Moagem de Trigo e Fabricação de Derivados (Classe 10627)	1	5,75	0,06	88	63,86	0,69	88
Processamento Industrial do Fumo (Classe 12107)	1	62,67	0,06	1	7,91	0,01	1
Fabricação de Produtos do Fumo (Classe 12204)	3	38,8	0,19	11	17,95	0,09	3,7
Desdobramento de Madeira (Classe 16102)	2	0,7	0,12	7	0,31	0,05	3,5
Reforma de Pneumáticos Usados (Classe 22129)	2	4,09	0,12	9	2,32	0,07	4,5
Fabricação de Produtos Cerâmicos Não-Refratários para Uso Estrutural na Construção (Classe 23427)	1	0,39	0,06	0	0	0	0
Fabricação de Artigos de Metal para Uso Doméstico e Pessoal (Classe 25934)	3	4,08	0,19	5	0,86	0,04	1,7
Fabricação de Máquinas, Equipamentos e Aparelhos para Transporte e Elevação de Cargas e Pessoas (Classe 28224)	1	3,51	0,06	2	0,89	0,02	2
Fabricação de Máquinas e Equipamentos para a Agricultura e Pecuária, Exceto para Irrigação (Classe 28330)	9	13,2	0,56	102	18,87	0,8	11,3
Fabricação de Caminhões e ônibus (Classe 29204)	1	54,32	0,06	2	13,71	0,02	2
Fabricação de Peças e Acessórios para Veículos Automotores não Especificados Anteriormente (Classe 29492)	2	2,44	0,12	4	0,62	0,03	2
Distribuição de Energia Elétrica (Classe 35140)	2	3,98	0,12	73	18,32	0,57	36,5
Captação, Tratamento e Distribuição de água (Classe 36006)	1	1,02	0,06	35	4,5	0,27	35
Construção de Rodovias e Ferrovias (Classe 42111)	2	0,96	0,12	100	6,04	0,78	50
Obras para Geração e Distribuição de Energia Elétrica e para Telecomunicações (Classe 42219)	7	6,19	0,43	511	57,04	3,99	73
Montagem de Instalações Industriais e de Estruturas Metálicas (Classe 42928)	2	1,23	0,12	16	1,24	0,12	8
Transporte Escolar (Classe 49248)	12	5,59	0,74	17	1	0,13	1,4
Atividades de Vigilância e Segurança Privada (Classe 80111)	2	1,31	0,12	86	7,11	0,67	43
Educação Superior - Graduação (Classe 85317)	1	1,51	0,06	58	11,05	0,45	58
Ativ. de Recreação e Lazer não Especif. Anteriormente (Classe 93298)	1	0,48	0,06	3	0,18	0,02	3

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, a partir da RAIS/MTE.